UNIVERSITE DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

CONTRIBUTION

à la

Pathologie du Sommeil

LE SOMMEIL AUTOMATIQUE

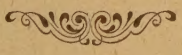
PAR

Georges Paul POYER

né le 14 mars 1884 à Reims (Marne)

INTERNE DE LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

Président : M. GILBERT BALLET, PROFESSEUR.



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie Chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeuthique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMOND-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBE Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVAS-TINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A

Monsieur Georges DUMAS

PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE A LA SORBONNE

Hommage de respectueuse reconnaissance.

Avant-propos

Nous nous sommes proposé, dans ce travail, la description et l'interprétation pathogénique d'un symptôme.

On ne s'étonnera pas que nous ayons été amenés, pour atteindre ce but, à donner un développement un peu étendu à l'exposé et à la discussion de certains problèmes de psychologie pathologique et même de psychologie normale. Tout le monde reconnaît, en médecine générale, qu'il est indispensable de connaître la physiologie des différents organes, pour comprendre le mécanisme des troubles de leurs fonctions. Quelques-unes des découvertes les plus importantes faites en ces dernières années ont même eu pour point de départ une analyse plus minutieuse et une étude plus approfondie de ces problèmes de physiologie pure. Personne d'ailleurs ne conteste plus, depuis Claude Bernard, la nécessité d'une union étroite entre les deux disciplines. Pourquoi en serait-il de la pychiatrie autrement que des autres branches de la médecine ? Les modifications que la maladie apporte aux fonctions mentales ne peuvent être étudiées, d'une manière un peu précise, que si l'on connaît déjà leur mécanisme chez l'homme sain d'esprit. C'est ce qui nous a paru justifier

la place donnée ici à la description des actes automatiques et du sommeil normal.

Nous avons indiqué, chemin faisant, les principaux ouvrages consultés ; nous n'avons pas cru utile de donner une bibliographie qui pour être à peu près complète, aurait dû être beaucoup trop longue, et qui se trouve par ailleurs très bien faite. Nous renvoyons les lecteurs que ces questions intéresseraient, à l'ouvrage de M. Piéron, pour la question du sommeil, et pour la question des narcolepsies, au Rapport de M. Lhermitte. Quant au problème de l'automatisme, on peut dire qu'il englobe presque toute la médecine mentale, et pour indiquer les ouvrages qui s'y rattachent, il faudrait citer presque tout ce qu'on a publié dans cette branche de la science.

Toutes les observations dont nous nous sommes servis pour ce travail ont été recueillies dans les services de nos maîtres, MM. les Docteurs Marchand et Roger Mignot, médecins en chef, Dupouy et Mignard, ancien médecin adjoint et médecin adjoint actuel de la Maison Nationale de Charenton. Ils ont bien voulu nous aider de leur expérience et mettre à notre disposition les documents qu'ils avaient eu eux-mêmes l'occasion de rassembler sur ces malades. Nous leur adressons ici nos plus sincères remerciements, et nous sommes heureux de leur exprimer en même temps, ainsi qu'à M. le Docteur Damalix, chirurgien en chef et à M. le Docteur Beaussenat, chirurgien de la Maison Nationale, toute notre gratitude pour la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner pendant nos années d'internat.

CHAPITRE I

Les Actes automatiques

Les mots d'automatisme, de mouvement, d'acte automatiques sont employés à chaque instant dans la langue psychiatrique contemporaine. Mais il n'est pas besoin de beaucoup de réflexion pour s'apercevoir que les auteurs donnent en réalité à ces termes les sens les plus différents. Au moment d'aborder l'étude clinique de faits de ce genre, il nous paraît donc indispensable d'indiquer d'une manière précise la signification que nous donnons à ce terme.

Il ne s'agit pas là, comme on pourrait peut-être le croire au premier abord, d'une pure question de mots. Si le sens du terme a varié au cours des siècles, c'est que la notion elle-même s'enrichissait, s'approfondissait par suite du double travail des analystes qui dissociaient la notion, en dégageaient les éléments, et par là même l'amenaient à plus de précision et de netteté, et en même temps des observateurs qui apportaient des faits nouveaux. Aujourd'hui en suivant son évolution et le lent travail des esprits par lesquels elle s'est formée, nous comprenons mieux certaines de ses nuances actuelles, et bien des con-

tradictions et des obscurités s'éclaircissent. Nous commencerons donc cette étude par un bref historique.

C'est Descartes, le fondateur de la psycho-physiologie moderne, qui introduisit dans la science l'idée d'automatisme. A la théorie scholastique qui soumettait l'activité humaine à la direction de trois âmes superposées, l'âme végétative, l'âme nutritive, l'âme raisonnable, il oppose une théorie purement mécanique des fonctions physiologiques et même des fonctions psychologiques inférieures. A l'exception de la pensée, entendez de la pensée claire et distincte, de celle qui raisonne et combine des idées, de la pensée du géomètre, tout s'explique chez l'homme par le seul jeu de forces matérielles. Chez l'animal qui ne possède pas de raison, toutes les fonctions — sans aucune restriction — s'expliquent de cette manière. Pour donner à sa pensée plus de netteté encore. Descartes compare l'être vivant à une machine, à un de ces *automates* qui excitaient alors la curiosité du public. Et voici en quels termes il s'exprime : « Toutes les fonctions que j'ai attribuées à cette machine (le corps humain), comme la digestion des viandes, le battement du cœur et des artères, la nourriture et la croissance des membres, la respiration, la veille et le sommeil, la réception de la lumière, des sons, des odeurs, des goûts et de telles autres qualités dans les organes des sens extérieurs, l'impression de leurs idées dans l'organe du sens commun et de l'imagination, la rétention ou l'empreinte de ces idées dans la mémoire, les mouvements intérieurs des appétits et des pas-

sions, et enfin les mouvements extérieurs de tous les membres qui suivent si à propos tant des actions des objets qui se présentent aux sens que des passions et des impressions qui se rencontrent dans la mémoire... ; ces fonctions suivent toutes naturellement en cette machine de la seule disposition de ses organes ni plus ni moins que font les mouvements d'une horloge, ou autre automate, de celle de ses contrepoids et de ses roues » (1).

Cette théorie de l'automatisme eut un grand succès et elle souleva au XVII[e] siècle des controverses passionnées.

Descartes, nous l'avons vu, admettait encore chez l'homme l'existence d'un pouvoir supérieur aux forces purement physiques et capable de les diriger. Mais il était à prévoir que d'autres penseurs viendraient après lui, qui supprimeraient cette dernière restriction, et étendraient sa théorie de l'animal à l'homme.

Au XVIII[e] siècle en effet, La Mettrie expose dans un livre destiné au grand public sa conception de l'*Homme-machine*, dont le titre est par lui-même assez significatif. Au XIX[e] siècle, des écrivains anglais, Huxley, Spalding, Shadworth, Hogdson reprennent ces idées, les développent et tentent de résoudre quelques-uns des problèmes que soulève cette théorie. L'un des plus importants est de savoir ce que devient alors le rôle de la conscience : ce rôle pour eux est nul, la conscience n'est qu'un *épiphénomè-*

---

(1) Traité de l'Homme, fin.

ne. Les phénomènes mentaux, dit Huxley (1), sont simblement les symboles en langage de conscience des changements qui se produisent automatiquement dans l'organisme : le sentiment que nous appelons volition n'est par la cause de l'acte volontaire, mais le symbole de l'état du cerveau qui est la cause immédiate de cet acte. Pour Hogdson (2), non seulement les états de conscience ne sont pas la cause des mouvements physiques, mais ils ne sont même pas celle des phénomènes mentaux ; ceux-ci sont simplement les effets de la nature, de la succession et de la combinaison des états nerveux et ils ne sont pas eux-même cause, ni des autres phénomènes du même genre ni des changements nerveux qui accompagnent ceux-ci ». Ainsi toutes les actions humaines s'enchaînent les unes aux autres automatiquement, sans qu'intervienne la pression d'un esprit ou l'influence d'un phénomène mental.

Le lecteur sera peut-être tenté de traiter toutes ces théories de rêveries métaphysiques : il s'en faut pourtant qu'elles aient été sans utilité pour la science. Elles ont apporté cette idée qu'un phénomène de mouvement même assez complexe pouvait se réaliser par l'action du système nerveux seul, sans nécessiter l'intervention d'une force supérieure plus ou moins mystérieuse. Descartes a créé la physiologie du réflexe, et il a préparé les

(1) Huxhy. — Essay on Animal Automatism, Collected Essays, 244.

(2) Hogdson. — Theory of Practice, 335.

voies à l'explication des fonctions supérieures du système nerveux..

Nous allons suivre maintenant un autre courant de pensée. Au début du XIX^e^ siècle, un médecin qui était en même temps un philosophe, Cabanis, met en lumière deux faits importants : Descartes avait décrit le réflexe ; la réaction du système nerveux à une excitation extérieure ; Cabanis montre que le cerveau peut aussi réagir à une excitation venant de l'intérieur du corps (sensation interne), et même que dans certains cas, suivant son expression, il « réagit sur lui-même » (1), il possède une activité spontanée s'exerçant non seulement pour les sensations, mais aussi pour les mouvements. C'est par elle que l'auteur explique dans le premier cas les erreurs, les illusions des aliénés (ce qu'on appellera plus tard les hallucinations), dans le second cas, les attaques d'épilepsie. Cabanis apporte encore une autre idée importante : il remarque qu'il y a certains mouvements organiques coordonnés, déterminés par des impressions dont l'individu n'a nullement la conscience ». Il peut donc y avoir « sensibilité sans sensation, c'est-à-dire sans impressions perçues ». Beaucoup de mouvements s'opèrent dans l'économie animale, à l'insu du moi, mais cependant par l'influence de l'organe sensitif. Par là l'unité du système nerveux se trouve détruite : il faut le considérer « comme susceptible de se diviser en plusieurs systèmes partiels

(8) Rapports du physique et du moral de l'homme. III^e^ Mémoire.

inférieurs, qui tous ont leur centre de gravité, leur point de réaction particulier où les impressions vont aboutir et d'où partent les déterminations de mouvement ».On pourrait donc imaginer dans chaque centre « une espèce de moi partiel, relatif aux impressions dont ce centre est le rendez-vous et aux mouvements que son système détermine et dirige » (1). Cabanis ne prononçait point à ce propos le mot d'automatisme, mais il est clair qu'il énonce là d'une part la théorie d'un automatisme cérébral, d'autre part la possibilité d'une dissociation de la personnalité et d'une activité des centres inférieurs indépendante de celle des centres supérieurs. De plus, nous n'avons plus affaire ici à des systèmes généraux un peu vagues, mais à des conceptions très précises appuyées sur des faits positifs.

Il faut encore dire ici quelques mots d'un philosophe contemporain de Cabanis, dont l'influence sur toute la psychologie du XIX^e^ siècle a été considérable. Maine de Biran, en opposition avec l'école sensualiste de Locke et de Condillac, qui avaient tenté la décomposition de la pensée en ses éléments simples, proclame que le moi est une force active agissante, le type même de la cause et cette force se révèle à nous dans l'effort. Mais il conçoit cependant qu'à certains moments ou dans certaines circonstances, la sensation puisse être séparée du moi, et constituer ce qu'il appelle une *affection*, c'est-à-dire « ce

(1) Rapports, X^e^ Mémoire.

qui reste d'une sensation complète quand on en sépare l'individualité personnelle ou le moi » : c'est de cet état que nous nous rapprochons « toutes les fois que notre pensée intellectuelle s'affaiblit ou se dégrade, que la pensée sommeille, que la volonté est nulle ». Ces idées de Maine de Biran seront plus tard reprises et brillamment appliquées à la pathologie mentale par M. Pierre Janet.

L'action d'un pouvoir personnel supérieur à la vie psychologique et en dirigeant les éléments, nous allons la retrouver chez un esprit très original, s'inspirant librement de Maine de Biran et plus encore de la psychologie écossaise, Jouffroy.

Il mérite tout particulièrement notre attention, non seulement à cause de son intérêt propre, mais parce que Baillarger dont l'influence sur la psychiatrie française a été si considérable, lui a emprunté presque sans y rien changer sa célèbre théorie de l'automatisme, se contentant de la baptiser.

Pour Jouffroy (1), l'âme humaine possède certaines facultés : les penchants primitifs, la faculté locomotrice, la faculté expressive, la sensibilité, les facultés intellectuelles. Ces *facultés* diffèrent des *propriétés* des corps inanimés en ce que l'homme a le pouvoir de les gouverner et de les appliquer à un objet particulier. Au-dessus des facultés particulières que nous avons énumérées, il y a donc une faculté supérieure, la faculté personnelle ou le pouvoir

(1) Des facultés de l'âme humaine, 1828, in Mélanges philosophiques.

personnel. L'empire du pouvoir personnel sur nos capacités naturelles ne s'exerce point sans interruption. Nous sentons la volonté tantôt se saisir des capacités de notre nature et les employer à ses desseins, tantôt les délaisser et les abandonner à elles-mêmes ; et ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ce dernier cas, nos capacités naturelles n'en marchent pas moins pour être délaissées par le pouvoir personnel. Seulement quand elles vont sans lui, elles ne vont pas pour lui ; leur développement en cessant d'être sous sa direction, cesse de s'opérer au profit de ses volontés ».

Ainsi la sensibilité livrée à elle-même (inattention) reçoit encore des sensations et y réagit ; de même nous sentons souvent notre mémoire, notre imagination, notre entendement se mettre en campagne sans notre congé, courir à droite et à gauche, comme des écoliers en récréation, et nous rapporter des idées, des images, des souvenirs trouvés sans notre secours et que nous n'avions pas demandés. Ordinairement notre pouvoir personnel ne se retire pas en même temps de toutes nos facultés. Mais il arrive aussi quelquefois que « la défaillance est générale ». Dans cet état, « toutes nos capacités se meuvent de leur mouvement propre et selon leurs lois, non selon les nôtres, et par leur impulsion ». C'est cette même défaillance de la personnalité, qui constitue l'état de l'âme pendant le sommeil ; il n'y a à ce moment-là que la volonté qui se repose ; « les capacités continuent de se développer, mais nous ne continuons pas à les diriger ».

Le pouvoir personnel se développe tardivement et seulement après les capacités naturelles et Jouffroy analyse assez finement la naissance de la volonté chez l'enfant.

Comment faut-il comprendre cette action du pouvoir personnel sur les facultés ? « Elle se réduit à deux circonstances : il dirige et il concentre ». « L'œuvre du pouvoir personnel consiste à soustraire autant que possible nos capacités au flot des phénomènes qui les emporte pour les appliquer où il veut et seulement où il veut ». Cette application ne se fait pas sans résistance et elle fait naître le sentiment d'effort.

Jouffroy décrit ici les oscillations de l'attention. La volonté ne se borne pas à diriger, elle concentre les forces de l'esprit et par là les augmente. « Ramasser toute l'énergie d'une capacité sur un seul point et l'y retenir longtemps, voilà le second effet de l'action du pouvoir personnel sur nos facultés.»

On a vu Cabanis, s'appuyant sur des considérations physiologiques montrer que les différentes parties du système nerveux sont suceptibles de fonctionner indépendamment les unes des autres : ici, c'est un des chefs de l'école adverse, un de ceux que Broussais appelait dédaigneusement les « psychologistes » qui proclame de même l'indépendance fonctionnelle des facultés mentales. Partis des points opposés de l'horizon, les deux savants, unis par un désir commun d'observer les faits avant de bâtir une doctrine, arrivent presque à se rejoindre.

Baillarger emprunte purement et simplement à Jouf-

froy sa conception de la vie psychologique. Reprenant l'exemple de l'homme qui dort ou qui rêve, que le philosophe avait comparé à un mécanisme mû par des ressorts, il donne à cet état le nom *d'automatisme de l'intelligence*, caractérisé « par l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ». C'est cette théorie de l'automatisme qu'il va d'abord appliquer à l'analyse du mode de production des hallucinations, en montrant que l'exercice involontaire des facultés, lorsqu'il est accompagné de la suppression des impressions externes favorise l'apparition de ce phénomène ; que l'exercice de l'attention est au contraire un obstacle à la production ; que les causes des hallucinations sont en même temps celles qui produisent l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination.

Ce ne sont pas seulement les hallucinations que Baillarger explique par sa théorie. Il proclame aussi « qu'il faut chercher la condition première du délire sous toutes ses formes, dans l'indépendance des facultés soustraites à l'action du pouvoir personnel ». Le délire fébrile et la manie sont des conséquences de l'excitation générale du cerveau et de l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination ; l'intensité du délire fébrile peut d'après lui être apprécié « d'après le degré de puissance que le malade conserve encore sur la direction de ses idées ». Le délire mélancolique provient de ce que le malade ne peut chasser les pensées qui naissent en lui. Ces idées de Baillarger auront une influence considérable sur le développement ultérieur de la psychiatrie.

Les conceptions de M. Pierre Janet qui acquit définitivement au terme d'automatisme droit de cité dans la science s'appuient sur des faits d'un ordre un peu différent. Cet auteur s'attache tout particulièrement à l'étude de phénomènes qui avaient déjà été décrits en partie et finement analysés par Chevreul (1), par Richet (2), par Gley (3), et surtout aux recherches alors en vogue sur les phénomènes hystériques, sur le somnanbulisme. —

La définition qu'il donne de l'automatisme est très générale : il entend par là « l'activité humaine dans ses formes les plus simples, les plus rudimentaires ». Le mouvement automatique présente deux caractères : il est spontané et soumis à un déterminisme rigoureux. Mais, et c'est là ce qui fait véritablement le caractère original de la théorie de M. Janet, ce qui le distingue de ses prédécesseurs, cette activité régulière et rigoureusement déterminée n'est pas inconsciente. C'est pour cela qu'on peut l'appeler un *automatisme psychologique*. On peut distinguer deux sortes d'automatisme : un automatisme *total*, qui se manifeste dans les personnalités successives ou alternantes des

---

(1) Lettre à M. Ampère sur une classe particulière de mouvements musculaires, Revue des Deux-Mondes, 1833, II p. 258-266.
De la baguette divinatoire, du pendule dit explorateur et des tables tournantes au point de vue de l'histoire, de la critique et de la méthode expérimentale, Paris, 1854.

(2) A propos de la suggestion mentale, C. R. Société de Biologie, 31 mai 1884.
Les mouvements musculaires inconscients, in Hommage à M. Chevreul, Paris, Alcan 1886 p. 79-94.

(3) Divers articles rassemblés dans les Etudes de Psychologie. Cet auteur distingue des mouvements involontaires inconscients et des mouvements involontaires conscients.

hystériques et un *automatisme partiel* qui se traduit par des paralysies ou des anesthésies systématisées, par l'apparition d'existences psychologiques simultanées, et entraîne la *désagrégation de la personnalité*. Ce qui caractérise ce dernier état, c'est l'affaiblissement de la *puissance de synthèse* psychique, qui laisse échapper en dehors de la perception personnelle un nombre plus ou moins considérable de phénomènes psychologiques. La perception, chez le normal, consiste dans la fusion volontaire, dans la synthèse d'un certain nombre de sensations d'une part, et de souvenirs de l'autre. Si dans certaines circonstances, ce pouvoir de choix cesse de s'exercer, sensations et souvenirs s'assemblent automatiquement : il peut se faire alors que certains groupes tout entiers de sensations ou d'images ne puissent revivre dans la conscience, d'où le phénomène de l'anesthésie ou de l'amnésie hystérique ; mais il peut se faire aussi que ces éléments laissés en dehors de la conscience personnelle s'assemblent entre eux, indépendamment d'elle, formant ainsi des systèmes autonomes, distincts et indépendants du système qui constitue le moi central. C'est alors précisément qu'on observe la désagrégation de la personnalité, état psychique qui se retrouve dans un grand nombre de maladies mentales.

Dans des travaux plus récents, M. Janet a décrit un autre phénomène tout à fait différent qu'il appelle le *sentiment d'automatisme*. C'est le sentiment qu'éprouvent certains malades qu'ils n'agissent plus par eux-mêmes, mais d'une façon mécanique, comme une machine, sans savoir

pourquoi, sans se rendre un compte bien net de ce qu'ils font. Lorsque ce trouble est porté à un degré supérieur, le malade éprouve l'impression d'être soumis à une force extérieure à lui-même qui détermine ses actes : il attribue à des volontés étrangères l'action qu'il ne sent plus dépendre de sa propre volonté : c'est le *sentiment de domination* (1), forme extrême du sentiment d'automatisme. A ce même groupe se rattachent un certain nombre d'autres sentiments : le sentiment du déjà vu, le sentiment d'étrangeté, le sentiment de dépersonnalisation, le sentiment de perte de liberté. Donnant cette fois au terme un sens plus large, M. Janet appelle cet ensemble le *groupe des sentiments d'automatisme*, qu'il fait rentrer à son tour dans la grande classe des sentiments d'incomplétude (2).

On voit sans peine qu'entre l'automatisme psychologique et le sentiment de l'automatisme, il y a une différence profonde : dans le premier cas, il s'agit d'éléments de l'esprit se développant et fonctionnant indépendamment du moi personnel, échappant par conséquent à la conscience principale du sujet. Dans le second il n'y a pas suppression de la conscience des actes, il y a seulement perte du sentiment que nous avons, à l'état normal, de pouvoir diriger et modifier nos états mentaux et les mouvements qui en résultent : de là, dans les formes graves, la naissance

---

(1) Les auteurs allemands donnent à ce même phénomène le nom d'idée ou de délire d'influence (Beeinflüssung) qui tend aujourd'hui à être adopté par les aliénistes français.

(2) Les Obsessions et la Psychasténie, p. 272, 273, 318.

d'un trouble de la personnalité plus ou moins accusé, pouvant aller jusqu'au dédoublement, mais avec des caractères bien différents de ceux que nous observons dans le dédoublement de la personnalité hystérique, puisqu'ici les deux personnalités bien qu'étrangères l'une à l'autre, sont néanmoins réunies dans une même conscience.

Dans des travaux récents, MM. Toulouse et Mignard (1) ont bien mis en lumière cette opposition des deux automatismes, en distinguant une *synthèse élective*, opération de choix et de direction, correspondant au pouvoir personnel de Jouffroy et de Baillarger, et une *synthèse personnelle*, correspondant au pouvoir de synthèse étudié par M. Janet dans sa première théorie.

Résumons maintenant les données acquises au cours de cette enquête historique : nous pouvons, semble-t-il, distinguer parmi les différents sens qu'on a donnés au mot d'automatisme deux groupes principaux : tantôt on désigne par là une théorie d'un caractère très général, tantôt on rassemble sous ce terme un certain nombre de faits d'observation du même genre.

Les *théories* de l'automatisme que nous avons étudiées sont au nombre de deux : la première est celle des animaux-machines de Descartes, de l'Homme-machine de La Mettrie, de la conscience épiphénomène de Huxley et

---

(1) Mignard. — Fonctions psychiques et troubles mentaux. *Année psychologique*, 1911, p. 202.

Toulouse et Mignard. — Les maladies mentales et l'autoconduction, *Revue de Psychiatrie*, 1911, p. 365.

Hogdson : Les phénomènes mentaux peuvent s'expliquer par l'action de changements purement matériels qui s'opèrent dans le système nerveux et dont ils ne sont qu'une traduction ou un reflet. La seconde théorie est celle de l'automatisme psychologique de M. Janet, qui est presque l'opposé de la première : On peut et on doit supposer même dans les phénomènes d'activité élémentaire la présence d'une conscience analogue, sinon semblable, à la conscience qui accompagne les opérations supérieures de l'esprit.

Les *faits* positifs qu'on réunit sous le nom d'actes automatiques peuvent eux aussi se répartir en deux groupes : *l'automatisme total* correspond aux phénomènes de somnambulisme (personnalités successives ou alternantes). Dans les faits d'*automatisme partiel*, il nous faut faire encore certaines distinctions : il y a des phénomènes psychologiques qui échappent à l'action du pouvoir personnel, de la *volonté* (Jouffroy-Baillarger) ; d'autres se soustraient à la puissance de synthèse qui amène les éléments de la vie de l'esprit à la *conscience* (P. Janet) ; d'autres enfin, bien que restant conscients et dans une partie des cas volontaires, ne réussissent qu'avec peine ou ne réussissent pas du tout à s'intégrer à la *personnalité* (P. Janet).

Nous laisserons ici de côté les théories générales qui nous seraient de peu d'utilité dans une étude clinique ; d'autre part les faits qu'on rapporte à l'automatisme général sont très spéciaux : ils ne se rencontrent que dans l'hystérie, on discute actuellement sur leur interprétation et leur existence même est tout près d'être mise en doute

par certains auteurs, nous ne nous en occuperons pas ici. C'est donc à l'étude plus détaillée du mécanisme des actes d'automatisme partiel que nous allons maintenant nous appliquer.

***

Si nous voulons aborder la question sans rien préjuger, il faut partir d'une définition provisoire du mot d'automatisme assez large pour nous permettre de ne laisser de côté aucun fait important rentrant dans ce groupe : nous adopterons celle de M. Janet : l'activité automatique, c'est la forme élémentaire, la forme la plus simple de l'activité.

Elle s'oppose naturellement aux formes les plus complexes, aux formes supérieures de l'activité, celles qui nous sont les mieux connues, et qui ont été étudiées par les psychologues avant les premières.

L'acte *automatique* s'oppose à l'acte *volontaire ;* nous le comprendrons mieux, si nous en abordons l'étude en partant de cet acte volontaire et en passant ensuite, par des dégradations successives, des types d'activité les plus élevés aux types inférieurs. Mais l'activité humaine se manifeste de deux manières principales : par des mouvements et par des modifications provoquées dans l'état mental.

Entre les deux, il n'y a sans doute pas de distinction absolument tranchée : on a montré que toute idée aboutit à un mouvement ; qu'elle n'est même dans la plupart

des cas qu'un mouvement commencé et nous sommes habitués depuis Carpenter à considérer comme un ensemble le couple idéo-moteur. M. Ribot vient de montrer tout récemment la place considérable que tiennent les éléments moteurs dans la vie psychologique. Ce n'est donc que pour la clarté de l'exposé que nous séparerons ici mouvement et activité mentale.

L'acte de volonté qui aboutit à un mouvement a été étudié depuis fort longtemps et pourtant il est certain qu'on ne le connait encore que très imparfaitement. D'après la description classique, on distingue dans la volition quatre moments successifs : la conception, la délibération, la décision, l'exécution. L'idée de l'acte à accomplir se présente d'abord à notre esprit ; on discute le pour et le contre, on pèse les motifs et on compare les mobiles qui nous poussent à accomplir l'action ; enfin on prend parti et on passe à l'exécution. Cette description a été l'objet de nombreuses critiques. Tout d'abord, il n'y a qu'un petit nombre d'actes parmi ceux que nous exécutons chaque jour qui puissent être rapportés à ce type ; c'est si l'on veut la forme parfaite de l'activité, rarement réalisée. Mais même si l'on se borne à étudier ces formes toutes spéciales, la description donnée ci-dessus est très grossière et beaucoup trop schématique. Les très belles analyses de M. Bergson et de James ont montré qu'en réalité l'acte volontaire est infiniment plus complexe. Ce que pour notre part nous reprocherons à se schéma, c'est d'être incomplet et de s'arrêter trop tôt.

A notre avis, l'acte volontaire n'est pas terminé lors de l'exécution ; il faut lui rattacher deux phénomènes très importants : la conscience que nous avons de cette exécution et la personnalisation de l'acte, son attribution à notre personnalité. Il y a d'abord représentation de l'acte à accomplir et en même temps un phénomène d'inhibition qui empêche l'idée de se réaliser immédiatement : cette inhibition peut être due soit à un sentiment qui s'oppose à l'acte, soit à l'intervention d'un pouvoir d'arrêt qui, chez à l'acte, soit à l'intervention d'un pouvoir d'arrêt qui, chez tion. Il y a pendant un certain temps une série d'oscillations ou plutôt un progrès, une marche en avant, l'idée de l'acte s'enrichissant sans cesse par l'évocation des idées voisines, des raisons pour ou contre ; en même temps que cet appel d'idées pendant tout le cours de la discussion se manifestent des sentiments d'un genre tout particulier ; le sentiment de l'effort bien décrit par James, le sentiment de résolution, la conscience de la volonté, décrits par Höffding. Il faut y ajouter ici le sentiment de liberté, la conviction que nous pourrions, si nous le voulions fortement faire ou ne pas faire, accomplir l'acte ou nous abstenir : l'exécution du mouvement lui-même provoque une série de sensations de différents ordres. Enfin, pendant tout le temps que se déroulent ces phénomènes, nous avons le sentiment très vif que c'est nous et non pas un autre qui agissons, c'est même l'acte volontaire, particulièrement celui qui exige un effort, qui nous donne, comme l'a justement fait remarquer Maine de Biran, la conscien-

ce la plus nette et la plus intense de notre personnalité.

C'est là bien entendu une analyse très sommaire des principaux caractères du mouvement volontaire. Elle est destinée seulement à nous permettre de définir par opposition le mouvement automatique. Ce dernier peut être soit normal, soit pathologique. On peut avec Hartley (1) distinguer un automatisme normal *primaire* et un autre *secondaire*. Dans le premier groupe, nous trouvons les réflexes qu'il conviendrait de classer en plusieurs catégories : au plus bas degré de l'échelle, nous trouvons le type réflexe pupillaire ; ici tous les caractères de l'acte volontaire sont absents ; il y a exécution d'un mouvement en réponse à une excitation, mais on ne trouve ni idée préalable du mouvement, ni inhibition, ni conscience de l'acte ; il ne peut par conséquent y avoir personnalisation, ce caractère ne pouvant exciter sans la conscience, et naturellement tous les sentiments que nous avons décrits comme accompagnant la volition font défaut. Un peu plus haut, nous trouvons le type réflexe tendineux : ici il y a conscience du mouvement accompli et rattachement à la personnalité (physique) ; il n'y a pas d'ordinaire inhibition chez l'individu non prévenu, et il n'y a pas non plus de représentation préalable. Les sentiments volitionnels font défaut. Le degré supérieur du réflexe est le type réaction de défense ; on y retrouve les éléments du type précédent auquel s'ajoutent de nouveaux

(1) Observ. on Man. Introd. and. prop. 19 à 21.

phénomènes psychiques d'ordre émotionnel. On arrive ici sur les limites de l'activité automatique et de l'activité volontaire.

L'automatisme primaire est un automatisme inné, l'automatisme secondaire est acquis. L'acte habituel qui en constitue le type, succède à un acte volontaire dont il est une reproduction, il se rapproche beaucoup du réflexe, dont il diffère pourtant par sa complexité qui est généralement beaucoup plus grande. On pourrait distinguer plusieurs degrés ; dans certain cas l'inconscience est complète, dans d'autres il y a seulement absence de l'inhibition, absence du sentiment d'effort et du sentiment de résolution ; la représentation préalable et la conscience des mouvements exécutés subsistent bien qu'elles soient parfois plus ou moins affaiblies ; l'acte est toujours rapporté à la personnalité.

Les phénomènes d'automatisme moteur pathologique peuvent être divisés en trois groupes principaux : dans le premier il y a des troubles de l'inhibition, dans le second des troubles de la conscience, dans le troisième, des troubles de la personnalisation.

Nous avons vu qu'un des caractères importants de l'acte volontaire était la présence, à côté des représentations motrices, de représentations antagonistes éveillées par elles et qui en empêchent la réalisation immédiate. Bien que finalement l'une de ces forces doive l'emporter sur l'autre pour aboutir à l'action ou à l'absentation, il y a néanmoins un certain équilibre entre les deux.

La première des formes d'automatisme que nous étudions a pour origine une rupture de cet équilibre au profit de l'un ou de l'autre de ces deux groupes de représentations. Si la représentation motrice acquiert une importance anormale, les représentations antagonistes ne sont plus en état de lutter contre elle sans beaucoup de peine ; néanmoins, elles peuvent encore triompher. Le mouvement ne s'accomplit pas mais il y a prolongation du temps de la délibération, augmentation du sentiment d'effort, développement d'une émotion d'un caractère particulier suscitée par le conflit entre les tendances diverses : c'est l'obsession impulsive. Si la force de la représentation motrice augmente encore, elle arrive à triompher des représentations antagonistes malgré les efforts de l'individu pour maintenir l'hégémonie de son pouvoir personnel sur les éléments de sa vie psychologique ; c'est l'impulsion. Enfin dans certains cas les représentations antagonistes ont complètement disparu ; l'idée de l'acte entraîne brusquement et soudainement sa réalisation immédiate : c'est la forme en quelque sorte la plus parfaite de l'impulsion, le raptus, où la conscience même fait souvent défaut. Mais l'équilibre des forces psychiques peut aussi être rompu en faveur des représentations antagonistes ; au plus bas degré de ce trouble, l'action est encore possible, mais elle est devenue beaucoup plus difficile ; il y a prolongation de la délibération, augmentation du sentiment d'effort, apparition du sentiment que M. Janet appelle le sentiment de difficulté et le senti-

ment de gêne de l'action ; à un degré supérieur, l'acte ne s'accomplit plus : ces états encore peu connus, ne sont pas dénommés d'une manière précise. Les auteurs allemands parlent d'états d'inhibition de la volonté et de barrage de la volonté.

Dans le second groupe de faits d'automatisme pathologique, il y a diminution ou disparition de la conscience. Y a-t-il alors, comme le croit M. Janet, groupement des éléments ainsi enlevés à la vie mentale du sujet en une autre personnalité indépendante de la première et n'entrant en rapport avec elle que dans des cas exceptionnels ? C'est là une question délicate et dans laquelle nous n'entrerons pas, notre but étant ici seulement de décrire et de classer des faits. Dans ce cas, on observe un type d'activité se rapprochant du type de réflexe que nous avons décrit sous le nom de réflexe pupillaire, avec cette différence qu'il s'agit ici d'un acte d'une complexité beaucoup plus considérable. On rattache à ce groupe les phénomènes hystériques que M. Janet a analysés en détail.

Dans le troisième groupe le mouvement peut être conscient et volontaire, mais il ne provoque plus ce sentiment d'un caractère tout particulier qui fait que nos actes nous apparaissent comme l'expression immédiate de notre personnalité. Il n'y a pas de troubles dans l'inibition, dans la délibération, dans l'exécution de l'acte ; il n'y a pas de modification objective ; le trouble porte sur les sentiments que nous avons appelés les sentiments volitionnels : sentiment d'effort, sentiment de résolution, et aussi il y a

une certaine modification dans la conscience de l'acte.

C'est là qu'on observe la gamme des sentiments d'automatisme ; au degré le plus élevé de ce trouble il y a comme nous l'avons indiqué plus haut, un véritable dédoublement de la personnalité ; c'est le sentiment de domination de M. Janet, l'idée d'influence des auteurs allemands.

Ces troubles de la personnalisation peuvent exister à l'état pur, mais ils peuvent aussi être associés à des troubles de l'inhibition ; on observe alors des modifications à la fois subjectives et objectives du mouvement. Au lieu d'une impulsion rattachée à la personnalité, on a une impulsion accompagnée d'idée d'influence.

Nous avons déjà fait remarquer que le dédoublement de la personnalité dû à des troubles de la personnalisation est tout à fait différent, par ses caractères et sa pathogénie, de celui qui est le résultat de troubles de la conscience ; il est en général la marque d'une lésion beaucoup plus grave de l'appareil psychique.

Nous avons décrit un peu longuement les faits d'automatisme moteur qui sont les mieux connus et permettent de se faire une idée plus claire de ce phénomène, mais l'automatisme se manifeste aussi dans d'autres domaines, dans celui de la mémoire, de l'idéation et aussi, ce qui au premier abord est paradoxal, dans celui des sentiments.

L'acte volontaire par lequel nous commandons à nos souvenirs et à nos idées n'est connu dans ses détails que depuis très peu de temps ; ici encore ce sont les remar-

quables études de James et de M. Bergson qui ont ouvert la voie ; il faut faire aussi mention des recherches sur la psychologie de la pensée entreprise en Allemagne, en particulier par l'école de Würtzbourg et en Amérique (1).

Les travaux de ces psychologues nous ont révélé l'existence d'un phénomène tout particulier qui se produit au moment de l'effort intellectuel, c'est la lacune active ou la *sensation d'absence* de James, *le schème* de M. Bergson, le *Bewusstseinslage* des auteurs allemands, *l'attitude mentale* de Binet. Nous ne saurions entrer ici dans l'analyse un peu délicate de ce phénomène. Disons seulement qu'on désigne par ces expressions cet état psychologique tout à fait spécial que la langue familière exprime en disant qu'on brûle, qu'on a le mot sur le bout de la langue. C'est là, il nous semble le phénomène tout à fait caractéristique de la volition idéatoire. Il correspond en gros au sentiment d'effort que nous avons signalé dans la volition motrice. A l'exécution du mouvement correspond ici l'arrivée à la conscience du souvenir ou de l'idée, son émergence du subconscient : ici se placent des phénomènes spéciaux : le sentiment de la reconnaissance pour le souvenir évoqué, le sentiment de la convenance de l'idée pour l'acte d'in-

---

(1) James. — Précis de Psychologie, trad. franc. p. 211.
Bergson. — L'effort intellectuel, Revue philosophique 1902.
Binet. — Année psychologique, 1910, Avant-propos.
Titchener. — Lectures on the Experimental Psychology of the Thought Processes 1909. Ces deux derniers ouvrages contiennent une bibliographie de la question.

vention. Enfin comme l'acte moteur, l'acte de pensée est rattaché à la personnalité. Nous devons pour être à peu près complet, signaler ici aussi la présence des sentiments volitionnels indiqués plus haut, en particulier du sentiment de liberté qui se rattache à la possibilité de l'inhibition. L'évocation, à l'état normal, peut généralement être inhibée : nous sommes dans une certaine mesure capables de rejeter dans l'inconscient les souvenirs ou les idées qui nous déplaisent.

Une comparaison entre la volition motrice et la volition idéatoire nous entraînerait trop loin de notre sujet. Nous nous contenterons de signaler que la volonté a beaucoup moins de pouvoir sur notre pensée que sur nos mouvements. Il en résulte que dans la vie normale, l'automatisme idéatoire joue un bien plus grand rôle que l'automatisme moteur..

Il est aussi beaucoup plus difficile ici de marquer les limites du normal et du pathologique : même chez le normal, le pouvoir d'évocation des images ou celui d'inhibition n'est pas toujours en état de fonctionner ; il arrive même que la personnalisation ne s'effectue pas : le fait d'attribuer certaines de ces idées à une force étrangère peut presque être considéré comme normal ; tant d'écrivains ont invoqué la Muse, l'inspiration, le bon génie ! Sur les sentiments, le pouvoir de la volonté est encore plus faible.

Dans beaucoup de cas les images et les idées surgissent spontanément dans l'esprit, sans y avoir été ni appelées ni

désirées, par le simple jeu de l'association ; c'est le plus bas degré de l'automatisme mental. Pourtant, comme l'ont montré les recherches de psychologie expérimentale, elles suivent dans la plupart des cas une direction donnée, elles ont une orientation. On pourrait dire qu'il y a à chaque moment une polarisation de l'activité mentale : les représentations n'émergent pas de l'inconscient au hasard et en désordre, elles sont dominées par ce que les auteurs allemands appellent des représentations directrices (Leitvorntellungs). On passe progressivement de ce groupement spontané des éléments de l'esprit à l'activité idéatoire volontaire. Enfin il y a des habitudes de penser comme des habitudes d'agir.

On peut classer facilement les faits d'automatisme de la pensée qui relèvent de la pathologie dans le cadre qu'on a adopté plus haut pour les faits d'automatisme moteur. Refaire cet exposé entraînerait à des redites. Nous nous bornerons à quelques remarques sur le tableau placé ci-dessous.

La diminution de l'inhibition donne naissance à deux symptômes bien différents : la fuite des idées, où les représentations surgissent en foule dans la conscience, pour s'évanouir d'ailleurs presque aussi rapidement qu'elles étaient nées ; il y a, selon l'expression de M. Revault d'Allonnes, incontinence des paroles et des idées ; dans l'obsession idéative, l'idée ne peut plus être rejetée volontairement dans le subconscient ; dans ce dernier cas d'ailleurs, le trouble mental est très complexe et l'obsession ne

saurait s'expliquer par le simple jeu de l'automatisme ; les phénomènes émotionnels y occupent une très grande place. L'exagération de l'inhibition produit du ralentissement, de l'inhibition, du barrage de la pensée.

Les troubles de la conscience entraînent les anesthésies et les amnésies qu'on observe chez les hystériques, et provoquent les phénomènes de dédoublement de la personnalité déjà signalés plus haut.

Enfin dans le troisième groupe, troubles de la dépersonnalisation, on a des sentiments d'automatisme, sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation (Unbesinnlichkeit des Allemands). A un degré plus élevé se montrent les idées d'influence psychique et enfin des phénomènes de dédoublement.

Dans un quatrième groupe, il y a association des troubles de l'inhibition et des troubles de la personnalisation : des idées naissent dans l'esprit, sans que le malade puisse les chasser et sans qu'il ait sur elles le pouvoir que le normal possède sur les siennes ; mais de plus elles apparaissent avec un caractère psychologique tout particulier, qui les fait considérer comme étrangères ; tandis que l'obsédé persiste à considérer comme lui appartenant les images et les représentations sur lesquelles il a pourtant perdu tout pouvoir de contrôle, le persécuté non seulement ne dirige plus ses idées, mais ne les reconnaît plus comme siennes, au moins pour une partie d'entre elles. Ce trouble peut porter soit sur des images possédant des caractères sensoriels (hallucinations), soit sur des images ou des idées ne possé-

Classification des

I. - Automatisme moteur

- **Automatisme normal.**
  - Primaire (Réflexe).
    - Réflexe sans conscience.
    - Réflexe avec conscience.
    - Réflexe avec éléments émotionnels.
  - Secondaire
    - Habitudes motrices.
- **Automatisme Pathologique**
  - Troubles de l'inhibition.
    - par diminution
      - Obsession impulsive.
      - Impulsion.
      - Raptus.
    - par exagération
      - Difficulté à agir.
      - Inhibition de la volonté.
      - Barrage de la volonté.
  - Troubles de la Conscience.
    - Paroles et écriture automatiques, dédoublement de la personnalité des hystériques, somnambulisme.
  - Troubles de la Personnalisation
    - Sentiment d'automatisme.
    - Sentiment de domination (idée d'influence physique).
    - Dédoublement de la personnalité des persécutés et des possédés.
  - Troubles associés de l'inhibition et de la Personnalisation.
    - Hallucinations psychomotrices, et psychomotrices verbales.
    - Dédoublement de la personnalité des persécutés et des possédés.

Phénomènes d'Automatisme

II. - Automatisme de la pensée

Automatisme normal

- **Primaire** : Naissance spontanée des images et des idées ; évocation par des sentiments ou des courants de pensée.
- **Secondaire** : Habitudes d'esprit.

Automatisme Pathologique

- **Troubles de l'inhibition**
  - par diminution : Obsession idéative. Fuite des idées.
  - par exagération : Ralentissement de la pensée. Inhibition de la pensée. Barrage de la pensée.
- **Troubles de la conscience** : Anesthésies, amnésies hystériques, dédoublement de la personnalité des hystériques.
- **Troubles de la Personnalisation** : Sentiment d'étrangeté, de déjà vu, d'automatisme mental. Idée d'influence psychique. Dédoublement de la personnalité des persécutés et des possédés.
- **Troubles associés de l'inhibition et de la personnalisation.** : Troubles psycho-sensoriels, hallucinations, pseudo-hallucinations.

dant pas de caractère sensoriel, soit même sur des sentiments. M. Petit a bien décrit récemment des phénomènes de ce dernier ordre sous le nom d'autoreprésentations aperceptives.

Ainsi un grand nombre de faits psychologiques qui sont chez le normal soumis au contrôle du pouvoir personnel se présentent chez le malade avec les caractères de l'automatisme. Nous avons tenté de signaler dans cet exposé malheureusement un peu rapide et peut-être trop schématique les principaux de ces caractères. Ces faits ont été observés depuis longtemps et souvent décrits. Nous nous proposons de démontrer dans ce travail que le sommeil, lui aussi, peut dans certains cas apparaître avec des caractères tout à fait analogues à ceux que présentent les mouvements et les représentations automatiques. Mais de même que nous avons défini ces derniers en les opposant au mouvement et à la pensée volontaires, de même il est indispensable, pour comprendre la véritable signification du *sommeil automatique*, de le comparer au sommeil normal et de préciser particulièrement les rapports du sommeil et de la volonté.

CHAPITRE II

Le Sommeil et la Volonté

Presque tous les auteurs qui se sont occupés en ces derniers temps du sommeil, tels que M. Janet, M. Claparède, M. Salmon, M. Piéron, s'accordent à le considérer comme une fonction active, un acte positif comparable aux autres actes que dirige la volonté. C'est là une idée qui avait été autrefois bien mise en valeur par Cabanis. Bien qu'au premier abord, pour qui ne réfléchit pas, ce soit là quelque chose de paradoxal, bien qu'on soit tenté à première vue de faire du sommeil un état négatif, une fonction passive, une sorte d'abdication des pouvoirs supérieurs de l'esprit, il y a pourtant des raisons multiples qui ne permettent pas de nier que la volonté ait en effet sur le sommeil une action très efficace, et qu'elle joue dans l'acte même par lequel on y entre, dans l'endormissement, un rôle des plus importants.

Tout d'abord, le sommeil au moins dans les circonstances normales, ne peut guère se produire sans la volonté de

l'individu. M. Salmon remarque que les enfants, pour faible que soit leur volonté, ne s'endorment pas malgré eux et, s'il nous est possible de vaincre leur obstination sans trop de difficulté, cela dépend seulement de la facilité avec laquelle nous pouvons, au moyen de quelques stimulations suggestives, détourner leur esprit de l'idée préconçue de ne pouvoir dormir. Même les animaux qui présentent des périodes de sommeil hibernal ne s'endorment pas, s'ils se trouvent dans des circonstances défavorables, en captivité par exemple. On peut, surtout si l'on est soutenu par un intérêt puissant, retarder le sommeil ou le diminuer pendant une longue période de temps dans des proportions considérables. Patrick et Gilbert, cités par M. Salmon sont arrivés à reculer le sommeil pendant 90 heures. On peut modifier l'heure du sommeil ; un grand nombre d'ouvriers, dans notre société actuelle, dorment le jour et veillent la nuit sans paraître en souffrir. Ces exemples montrent que le rythme du sommeil qui serait la règle dans les espèces animales peut être profondément modifié et transformé par l'intervention de la volonté. Il ne s'agit donc pas là d'une fonction s'accomplissant automatiquement, comme la respiration ou la circulation, mais d'un acte complexe psycho-physiologique où l'élément psychique a la place la plus importante.

La volonté n'est pas seulement capable d'inhiber le sommeil, elle peut le faire naître. Il suffit de désirer s'endormir pour faire naître le besoin de sommeil. Beaucoup de gens sont capables de s'endormir à volonté, bien que ce

pouvoir soit très variable avec les individus. On cite toujours à ce propos l'exemple de Napoléon : « Quand je veux interrompre une affaire, disait-il, je ferme mon tiroir et j'ouvre celui d'une autre. Elles ne se mêlent point l'une avec l'autre, et jamais ne me gênent ni ne me fatiguent. Si je veux dormir, je ferme tous mes tiroirs et me voici en sommeil ». Pendant la période qui suit immédiatement le réveil, on constate bien cette action de la volonté sur le sommeil ; on a le sentiment qu'on peut se réveiller complètement ou se rendormir selon qu'on désire l'un ou l'autre. De plus, et c'est un argument intéressant qui a été apporté par M. Janet, on peut suggérer le sommeil comme on suggère l'accomplissement d'un mouvement. M. Bernheim, après les anciens magnétiseurs Bertrand, Charpignon, Ordinaire a fait plusieurs fois cette constatation.

Même pendant le sommeil, la volonté ou tout au moins une certaine espèce d'attention ne cesse point de s'exercer. Dans bien des cas, le sommeil n'est pas total, mais partiel. Nous pouvons percevoir des excitations, même faibles, si elles ont pour nous une importance particulière. M. Claparède remarque justement que les stimuli qui nous réveillent sont non seulement les excitations fortes, mais aussi celles qui nous intéressent. Et il ajoute que les premières peuvent se ramener aux secondes : un bruit violent, une piqûre intéressent l'animal par le fait qu'ils réclament de l'organisme une réaction de défense ou d'adaptation. Les excitations faibles nous réveillent parce qu'elles sont qualitativement intéressantes : tels sont des bruits lé-

gers, mais insolites, l'ouïe de notre nom prononcé à voix basse, les mouvements de l'enfant pour la mère, etc.

C'est à un mécanisme de ce genre qu'on peut ramener le réveil volontaire. Vaschide a récemment étudié ce phénomène intéressant. Dans ce cas, l'idée du réveil est généralement liée à l'idée d'un stimulus déterminé, ou bien à l'idée d'une période de temps fixée à l'avance. Ici encore, nous voyons que la fonction hypnique n'est pas purement physiologique, c'est-à-dire qu'elle ne dépend pas seulement des centres inférieurs, mais qu'elle est soumise au contrôle et à la direction des centres supérieurs, comme le sont les mouvements coordonnés exécutés volontairement en vue d'un but.

On comprend mieux d'ailleurs cette action de la volonté sur le sommeil quand on sait précisément en quoi il consiste. Selon M. Piéron qui en a donné une étude très documentée, cet état est marqué par deux sortes de phénomènes : les uns essentiels, les autres qui paraissent accessoires. Parmi ces derniers, on peut noter par exemple le ralentissement des battements du cœur, la vaso-dilatation périphérique de la région céphalique, l'abaissement de la pression artérielle, la diminution de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique éliminé, la diminution de la sécrétion urinaire, l'abaissement de la température centrale du corps. Mais les modifications essentielles, celles qui sont véritablement caractéristiques du sommeil portent sur les phénomènes sensori-moteurs : il y a en particulier un abaissement très général, quoique pourtant électif, du to-

nus musculaire, une diminution de l'excitabilité réflexe, enfin une absence complète des réactions élaborées ou plus exactement une élévation considérable des seuils d'incita-
enfin une absence complète des réactions élaborées ou plus
teurs ont remarqué très justement que ces différents phénomènes ne se produisent pas en même temps. Cabanis signalait — et l'observation pour être ancienne n'en garde pas moins sa valeur — que la résolution musculaire ne se produit pas partout à la fois. Ce sont d'abord les muscles des bras et des jambes qui sont atteints, puis ceux qui maintiennent la tête ; puis ceux du tronc. Il existe d'ailleurs des individus capables de dormir, sans que la résolution musculaire soit complète, qui peuvent par exemple dormir debout, ou même dormir en marchant. De même les différents sens ne s'endormiraient pas tous à la fois ; ce seraient d'abord la vue, puis l'odorat et le goût, ensuite l'ouïe et enfin le tact. Ce qu'il faut retenir de cette analyse, c'est donc cette idée que le sommeil consiste essentiellement dans deux phénomènes principaux : la résolution musculaire et l'élévation du seuil pour les réactions complexes. Or il est facile de montrer que l'un et l'autre de ces phénomènes sont dans une certaine mesure sous l'influence de la volonté.

La résolution musculaire est un état assez mal connu au point de vue physiologique. On connaît l'ex-
l'existence du tonus musculaire. Chez une grenouille décapitée, les pattes restent en demi-flexion ; si on coupe le nerf gastro-cnémien d'un côté, la patte correspondante re-

tombe flasque. Il y a donc une incitation venue de la moelle épinière qui entretient dans les muscles un état de tonicité. Mais celui-ci ne dépend pas seulement de la moelle : l'expérimentation et la pathologie montrent qu'il est également influencé par les centres supérieurs.

Nous n'avons pas à entrer ici dans les discussions longues et ardues qui se sont élevées entre physiologistes pour établir quelles étaient les voies de la tonicité musculaire et la part qui revient aux différentes parties du système nerveux dans la production de ce phénomène. Nous nous bornerons à signaler ce fait d'observation banal sans doute, mais qui n'en a pas moins son importance ici, que l'on peut provoquer volontairement dans une partie du corps, sinon une résolution musculaire complète, au moins un abaissement considérable de la tonicité : on dit par exemple qu'on fait main morte ; pour rechercher l'état d'un réflexe tendineux, il est nécessaire d'obtenir d'abord de la part du sujet, le relâchement musculaire. Or, lorsque nous *voulons* dormir, nous commençons par mettre nos muscles dans cet état de moindre tonicité, qui est non seulement une condition, mais en quelque sorte un début de sommeil ; un grand nombre d'animaux pour obtenir l'hypotonus adoptent une position différente de celle de l'état de veille : ils se couchent. Voulons-nous au contraire résister au sommeil qui nous presse ? Nous nous raidissons, nous redressons la tête, au besoin nous nous levons et nous marchons : ces excitations n'ont pas seulement pour but de nous procurer des stimulations sensorielles assez for-

tes pour vaincre l'envie de dormir ; leur premier effet est de relever le tonus musculaire ; les positions dans les quelles ce tonus est diminué favorisent le sommeil, celles dans lesquelles il est augmenté l'empêchent. On a plus de tendance à s'endormir allongé sur une chaise longue, ou renversé dans un moelleux fauteuil qu'assis sur un tabouret ou debout sur un pupitre.. Dans la position couchée qui est la plus favorable pour obtenir le sommeil, nous n'avons plus d'effort à faire pour maintenir l'équilibre du corps ; si nous sommes étendus conserver nos muscles dans un certain état de contraction pour éviter l'écrasement des parties molles entre cette surface et le squelette. Au contraire sur un lit suffisamment moelleux, nous pouvons sans inconvénient obtenir le relâchement complet des muscles. Et c'est là l'acte par lequel nous commençons à appeler le sommeil. Nous avons montré qu'il est en grande partie sous l'influence de la volonté. Il nous faut maintenant examiner la seconde caractéristique du sommeil, l'élévation du seuil aux réactions élaborées.

La question du seuil des diverses sensibilités a fait l'objet d'innombrables travaux de psychologie expérimentale, depuis les célèbres recherches de Fechner et de Wéber. Mais tous ces travaux ne peuvent nous servir ici à grand' chose. Dans toutes les expériences de ce genre, en effet, on demande au sujet de se prêter à l'expérience, on réclame son attention, on a besoin de sa bonne volonté Or ce que nous recherchons ici, c'est précisément l'influence de cette

volonté ou de cette bonne volonté sur le seuil. Aussi les simples observations empruntées à la vie courante nous sont-elles de plus de secours que les montagnes de chiffres et de statistiques accumulées dans les laboratoires de psycho-physique. C'est un fait que nous pouvons, dans de certaines limites, augmenter ou diminuer la puissance de notre sensibilité. Nous tendons l'oreille et nous percevons un léger bruit que nous n'avions pas remarqué. Nous fixons cet objet et voici que des détails nouveaux nous apparaissent. Cette action par laquelle nous pouvons accroître la puissance de nos sens, c'est l'attention. La distinction faite par M. Ribot entre les deux formes d'attention, l'attention spontanée et l'attention volontaire est aujourd'hui devenue classique. Comme M. Ribot l'avait montré, elle s'explique, tout au moins en partie, par des mouvements. Il y a une adaption motrice des divers organes des sens qui est nécessaire pour une perception nette. La volonté influe sur la vision, par exemple, par l'intermédiaire de la musculature extrinsèque et intrinsèque du globe oculaire. Y a-t-il en outre une action directe sur l'organe sensoriel ? Peut-être faut-il faire jouer un rôle aux fibres centrifuges qui ont été signalées par Ramon y Cajal et par d'autres neurologistes dans les différents nerfs sensoriels et qui deviendraient ainsi les véritables voies de l'attention sensorielle.

L'inattention n'est pas moins sous le contrôle de la volonté : ces deux états sont du reste très étroitement liés l'un à l'autre. Nous ne pouvons diriger notre esprit vers

des sensations d'un ordre sans être distrait pour les sensations d'un autre ordre. Nous pouvons même et c'est ici ce qui nous intéresse le plus, suspendre d'une manière générale et pour une courte période de temps notre attention à la vie extérieure ou intérieure. C'est l'état de rêverie qui s'accompagne généralement de résolution musculaire plus ou moins complète. Or le sommeil, au point de vue psychologique, semble proche parent de ces états d'inattention généralisée, de rêverie vague. Beaucoup d'auteurs l'ont d'ailleurs comparé à l'inattention ou même défini comme une inattention à la vie. Ce rapprochement est encore justifié par l'existence de sommeils partiels où le seuil, très élevé pour l'ensemble des autres sensations, reste néanmoins assez bas pour des sensations d'un ordre bien défini : ces états sont tout à fait comparables aux états de concentration intellectuelle, où l'esprit, dirigé vers un seul objet, reste presque entièrement fermé à toutes les impressions qui ne s'y rattachent pas. De plus, et c'est là une remarque fort importante, le sommeil volontaire est généralement précédé, en même temps que de résolution musculaire, de cet état de vague rêverie où les éléments de l'esprit ne sont plus soumis au contrôle des facultés supérieures où l'on se laisse aller sans diriger sa pensée, sans faire effort. C'est cet état que nous essayons de faire naître en nous quand nous voulons nous endormir.

Ainsi les deux principaux éléments du sommeil, la résolution musculaire et l'élévation du seuil sont l'un et

l'autre sous la dépendance de la volonté, au moins dans une certaine mesure. Etudions de plus près maintenant comment s'exerce cette action du pouvoir personnel et analysons la *volition hypnique.*

Dans la plupart des cas, le sommeil, chez le normal, ne succède pas brusquement à la veille. Il y a entre les deux une période de transition, fort intéressante à étudier pour le psychologue et très importante si l'on se place au point de vue de la pathologie mentale. Cette période à laquelle on a donné le nom d'endormissement a été étudiée autrefois par Baillarger et Maury, plus récemment par Claparède, Salmon et en particulier par Trömner (1). Il semble qu'il faille y distinguer plusieurs moments : tout d'abord apparaît la fatigue et le besoin de sommeil : les symptômes de l'état de fatigue sont, selon Trömner, l'aboulie, l'hypotonie musculaire, l'incoordination motrice et statique, ensuite l'affaiblissement de l'attention et la suppression de l'émotivité, le ralentissement de l'association et de la reproduction. Mais il s'en faut que cet état de fatigue suffise par lui seul à provoquer le sommeil. Chez les animaux supérieurs tout au moins et chez l'homme en particulier, il est possible pendant un certain temps de résister au besoin de sommeil. Le besoin de sommeil nous pousse à dormir comme la faim à manger, mais il

(1) Vorgänge beim Einschlafen, Journal f. Psych. et Neurologie Bd 17, p. 343.

n'entraîne pas ipso facto l'arrivée du sommeil, pas plus que la faim n'entraîne automatiquement l'acte de manger. C'est là un point très important, sur lequel nous ne saurions trop insister. Il est capital, comme nous le verrons plus loin, pour le diagnostic du sommeil automatique. Il faut donc, pour que le sommeil commence, autre chose que le besoin de dormir. Il faut un acte positif, un consentement, un acte de volonté : c'est à cet acte que l'on donne plus spécialement le nom d'endormissement. Avec lui commence un deuxième moment du prédormitium caractérisé par des signes physiques et psychiques.

Parmi les premiers il faut noter l'abaissement considérable du tonus musculaire ; parmi les seconds, un état de dissociation mentale qui amène parfois des images sensorielles vives, des illusions et des hallucinations hypnagogiques. Comme le fait justement remarquer Trömner, ces phénomènes de dissociation n'ont aucun rapport avec la fatigue, ils semblent plutôt être l'effet d'inhibitions centrales progressives. Enfin au bout d'un temps plus ou moins long, commence le sommeil proprement dit.

Si nous cherchons à déterminer d'une manière plus précise la nature de l'acte de volonté, qui provoque le sommeil, de la *volition hypnique*, nous verrons qu'elle est assez différente de la volition motrice ; il est bien évident qu'on ne peut pas s'endormir avec autant de facilité qu'on lève la main. Elle se rapprocherait bien plutôt de la volition idéatoire que nous avons étudiée plus haut. C'est comme elle une disposition mentale, une attitude. Nous

appelons le sommeil comme nous appelons le souvenir disparu qui s'obstine à ne pas revenir à la conscience. Comme le disait une malade parlant du temps où son sommeil était normal « autrefois je m'endormais *quand j'avais l'idée de dormir* ». On a vu plus haut quels sont les rapports étroits de l'état de sommeil et de l'état d'inattention. Nous pouvons volontairement détourner notre attention d'un objet, nous contraindre à n'y plus penser : il y a là un état psychologique tout particulier, presque impossible à décrire avec des mots et qui rentrerait dans la classe des *états transitifs* de James. La volition hypnique est tout à fait analogue à la volonté d'inattention. Rien d'étonnant à cela si l'on admet que le sommeil n'est qu'un état d'inattention généralisée.

Ainsi l'on peut légitimement décrire le sommeil comme un acte volontaire : il est précédé du besoin de dormir d'abord, puis de l'idée de dormir (représentation préalable de l'acte à accomplir) : la volition hypnique est caractérisée par une attitude mentale particulière qui provoque bientôt le sommeil lui-même : il y a même souvent un sentiment d'effort analogue au sentiment d'effort intellectuel. Enfin tous ces phénomènes sont conscients et rattachés à la personnalité.

C'est là du moins la description de la forme supérieure de l'endormissement, de l'endormissement volontaire : mais même chez le normal, il s'en faut que ce type soit toujours réalisé. L'aspect du phénomène varie avec les individus et surtout avec les moments. Dans bien des cas

la conscience est absente : on s'endort sans savoir qu'on s'endort et l'on est incapable de rien décrire.

Dans d'autres cas, on sent venir le sommeil, mais on ne fait rien pour y résister ; lorsque la fatigue est grande, il n'est pas nécessaire d'appeler le sommeil, il vient tout seul, il se déclanche comme un réflexe succédant à une excitation appropriée ; enfin dans d'autres cas encore, il offre les caractères de l'acte habituel, diminution de la conscience et affaiblissement des sentiments volitionnels.

Le sommeil normal apparaît donc très souvent comme un acte automatique. Nous laisserons de côté cet automatisme normal pour nous occuper seulement des cas pathologiques.

Si nous adoptons la division donnée plus haut, nous pourrons distinguer trois formes du sommeil automatique pathologique. Mais nous devons éliminer tout d'abord les troubles de la conscience, on a vu que même chez le normal l'endormissement est très souvent inconscient et on ne peut donc voir là un caractère pathologique. Nous distinguions des troubles de l'inhibition par insuffisance et par exagération : dans la seconde classe on pourrait faire rentrer les insomnies des abouliques étudiées par M. Janet et peut-être même celles des maniaques, ce serait là une question à discuter : dans la première, on devrait admettre les impulsions à dormir, autrement dit les narcolepsies. Mais les narcolepsies, comme l'a bien montré M. Gilbert-Ballet, ne sauraient être toutes justiciables de la même pathogénie, et il ne semble

pas qu'elles pourraient toutes rentrer dans notre cadre. Enfin l'automatisme peut-être encore lié à des troubles de la personnalisation, souvent associés du reste à des troubles de l'inhibition : dans ce cas, le malade dira qu'il n'a plus un sommeil naturel, que ce n'est pas lui en réalité qui dort, mais qu'on l'endort. C'est à ce dernier groupe de faits que nous nous attacherons particulièrement, et bien qu'en principe, comme nous venons de le voir à l'instant, on puisse légitimement rattacher à l'automatisme un certain nombre d'aspects normaux et pathologiques du sommeil, c'est à ce dernier symptôme que nous réserverons plus particulièrement le nom de *sommeil automatique*.

CHAPITRE III

Le Sommeil automatique

Le sommeil automatique, qui est un symptôme relativement fréquent, ne pouvait passer complètement inaperçu des cliniciens : en feuilletant les travaux consacrés au délire des persécutions, au délire chronique, à la psychose hallucinatoire chronique, et les observations publiées à l'appui, on trouve souvent signalés des propos de malades déclarant qu'on les endort, qu'on les hypnotise, qu'on les magnétise, qu'on les narcotise, qu'on leur soutire la cervelle ; mais les auteurs qui citent ces expressions en passant, ne cherchant pas à en approfondir le sens, et sans plus ample examen, considèrent généralement qu'il s'agit là simplement de troubles de la sensibilité générale. Par exemple, M. Magnan dit :

« Les troubles de la sensibilité générale sont très fréquents. D'après M. Faret, ils se montreraient seulement

à la troisième période de la maladie, alors que les hallucinations de l'ouïe débuteraient à la deuxième. Nous ne partageons pas cette opinion : ces phénomènes apparaissent souvent en même temps que les hallucinations de l'ouïe : ils peuvent même les précéder et faire naître les idées de persécution. Les malades disent qu'ils ont des insectes grouillant entre la peau et les muscles, que leurs ennemis les piquent, les brûlent, les magnétisent, *quelques-uns les endorment*, leur donnent des gaz, que les rongeurs et les vampires les dévorent en dedans et leur prennent le sang ». (Délire chronique, p. 55).

Dans les études spécialement consacrées aux délires systématisés de Lasègue, Legrand du Saulle, Magnan, Séglas, Gilbert Ballet, Arnaud (in traité de Gilbert Ballet), Magnan et Sérieux (in traité de psychologie pathologique de Marie), on ne trouve nulle part ce symptôme décrit à part ou étudié comme un trouble du sommeil. Dans les traités ou les précis de pathologie mentale classiques en France, ceux de Gilbert Ballet, (article sur les troubles du sommeil de Séglas), de Régis, de Marchand, de Rogues de Fursac, dans les traités étrangers de Krafft-Ebing, de Kräepelin, il n'est pas fait non plus mention de ce phénomène. Les travaux récents et très importants consacrés à la physiologie, à la psychologie ou à la pathologie du sommeil par Claparède, Vaschide, Salmon, Piéron, ne signalent pas non plus le symptôme en question. Ni M. Lhermitte, dans son rapport présenté en 1910 au Congrès de Bruxelles sur la maladie du sommeil et les narcolepsies, ni les auteurs

qui prirent la parole à la discussion publique du rapport n'y font non plus allusion (1).

Ce sujet n'a donc fait jusqu'ici, à notre connaissance du moins, l'objet d'aucune étude spéciale. Nous allons d'abord décrire le phénomène d'après les indications données par les malades ; nous verrons ensuite quelle nterprétation on peut donner aux faits constatés.

***

Les sujets chez qui nous avons pu observer le sommeil automatique et qui sont tous des persécutés hallucinés, le désignent en se servant d'expressions variées qu'il faut bien connaître. Ils disent qu'on les endort, qu'on les force à dormir, qu'on les magnétise, qu'on les hypnotise, qu'on les narcotise, qu'on leur ferme le cerveau, que leur sommeil n'est pas un véritable sommeil, qu'il n'est pas naturel, qu'ils ont un sommeil artificiel, un sommeil magnétique, hypnotique, un sommeil léthargique, un sommeil pire que la mort. Il faut bien remarquer que certains de ces termes que nous citons ici sont parfois appliqués par eux à des phénomènes d'un ordre tout différent. C'est ainsi par exemple que par magnétisme beaucoup désignent des trou-

(1) M. Pierre Janet, dans les Névroses, p. 203, parle de cas où la fonction du sommeil s'exerce chez les hystériques *d'une manière indépendante et automatique*. Ce sommeil, dit-il, ne diffère du nôtre que par un point, c'est qu'il se produit « d'une manière irrésistible sans la volonté du sujet et qu'il ne peut être interrompu quand on le désire ». Ce symptôme qui se rapproche des narcolepsies, diffère des troubles auxquels nous donnons le nom de sommeil automatique par un caractère essentiel ; il ne s'y produit pas de troubles de la personnalisation.

bles de la sensibilité générale ; le mot d'hypnotisme s'applique aussi au vol de la pensée, aux hallucinations sensorielles ou aux pseudo-hallucinations et à un grand nombre de faits pathologiques du même ordre. On n'est donc nullement en droit d'affirmer, lorsqu'on se trouve en présence d'expressions comme celles que nous venons de citer, qu'il s'agit de sommeil automatique : mais c'est une indication utile qui doit être complétée par un examen plus approfondi du malade.

Si on demande en effet à celui-ci d'expliquer ses paroles, si on l'interroge d'une manière un peu détaillée, on constate dans un grand nombre de cas qu'il ne s'agit pas là seulement d'une manière générale d'une influence vague s'exerçant sur lui, mais d'un trouble tout à fait caractéristique portant sur la fonction du sommeil. L'analyse de ce phénomène est rendue plus facile par le fait que beaucoup de sujets ne présentent ce trouble que d'une manière intermittente. Ceux même chez qui il est continu se souviennent d'ordinaire parfaitement de l'état normal qui a précédé la maladie, ils sont capables de faire la différence entre les deux : parfois le sommeil automatique offre un caractère transitoire ; dans une de nos observations, il a disparu au bout d'un mois ; généralement il dure beaucoup plus longtemps ; parfois aussi le malade interprète rétrospectivement sa vie normale ; il déclare qu'autrefois aussi, avant d'entrer à l'asile, il a *dû* avoir un sommeil artificiel, mais en l'interrogeant, on peut établir qu'en réalité, à ce moment, son sommeil était bien normal ; ce n'est qu'ensuite, à une date qu'on peut fixer approximative-

ment, qu'il a compris que son sommeil n'avait jamais été naturel. Mais ces deux derniers cas sont relativement rares. En général le malade n'éprouve que de temps en temps le phénomène du sommeil artificiel, le reste du temps, son sommeil est normal ; ou bien tout en ayant actuellement du sommeil artificiel d'une manière continue, il se rend compte que ce phénomène n'a pas toujours existé chez lui. Dans ces deux cas, il est capable de le distinguer du sommeil normal, et c'est lui-même qui nous indique les caractères différentiels.

Tout d'abord le sommeil artificiel — employons de préférence ce terme, moins scientifique, mais plus facilement compris du malade et dont il se sert souvent spontanément — le sommeil artificiel est indépendant de la volonté. « Autrefois, dit une malade, je dormais quand j'avais l'idée de dormir ; maintenant je m'endors, quand j'ai l'idée de ne pas dormir ». « Il y a des jours, dit un autre, où je m'endors naturellement ; dans ce cas, le fluide me lâche, je sommeille un moment et je m'endors de moi-même ; d'autres jours, je suis en train de parler, de siffler, de dire une phrase et tout d'un coup, crac ! on me ferme le cerveau ; je sens qu'on me ferme quelque chose ». « Je sens une pression sur les yeux, dit une autre, je m'engourdis et je suis forcée de dormir ». Dans certains cas, surtout au début, le malade essaie de résister, de se défendre, mais cette résistance est toujours très difficile. Un malade qu'on endort comme la précédente, en lui pressant sur les yeux, déclare que « l'idée de résister est très dure. J'ai fait l'ex-

périence. Aussitôt que les yeux sont ouverts, c'est beaucoup plus facile : mais on éprouve de la résistance à ouvrir les yeux. Sitôt que vous remuez, on n'a plus d'action sur vous ». Quelquefois le malade déclare que la résistance serait possible à la rigueur, mais trop difficile, et qu'en fait il n'essaie pas de lutter. Le plus souvent, il a l'impression d'une force irrésistible contre laquelle sa volonté ne peut rien, et il est furieux de cette domination qu'on exerce sur lui : « C'est impossible de résister à ce sommeil. Il faudrait être d'un entêtement tenace ; il faudrait être entêté comme le diable, je serais vaincu par la résistance de la suggestion ». D'autres déclarent qu'ils s'endorment malgré eux, contre leur volonté. Ils essaient vainement de résister et ne le peuvent pas. « Cette nuit, dit Mlle B. avec un accent de colère, la veilleuse était sortie, me laissant seule. Je *voulais* ne pas me rendormir. Mais on m'a endormie *malgré moi*. Je me disais : c'est trop fort ! je ne veux pas dormir. Et on m'a endormie quand même ».

Un autre caractère essentiel de ce sommeil pathologique, c'est qu'il n'est pas rattaché à la personnalité, mais qu'il est attribué à l'influence de forces extérieures à l'individu. Ce n'est pas un sommeil naturel, disent les malades. Dans certains cas, ils attribuent simplement ce phénomène à l'influence de narcotiques, de drogues qu'on met dans leurs aliments. Une malade alimentée à la sonde depuis plusieurs années déclare qu'elle dort le soir « d'un sommeil profond, lourd qui n'est pas naturel. On doit lui donner des breuvages qui la font dormir et permettent ainsi

qu'on la livre à des monstres abjects, les émissaires du Dr D. ». C'est là l'interprétation la plus simple. Généralement le sommeil artificiel n'est pas attribué à des narcotiques, mais à une force indéterminée qui agit sur le sujet. Mlle G. déclare « qu'on la force à dormir ; elle sait bien ce que c'est : c'est l'hypnose. C'est un sommeil très profond qui n'est pas naturel et dont on ne peut sortir volontairement. Cela doit provenir de deux causes : ou on lui donne des narcotiques, ou on l'endort par l'hypnose. Elle distingue très bien le sommeil naturel de l'hypnose. Elle a aussi du sommeil naturel mais la plupart du temps, elle dort par hypnose. Cela a commencé à son arrivée ici. Autrefois elle n'avait jamais connu cela ». Un autre malade parle du fluide, déclare qu'on l'endort à l'électricité. D'autres se bornent à déclarer qu'on les endort, sans pouvoir préciser davantage. Dans certains cas, l'influence qui produit le sommeil est attribuée à une personne déterminée. Mlle L. ne dort plus naturellement depuis qu'elle est ici. On l'endort en lui pressant sur les yeux et en lui pressant sur les paupières. Les premiers qui ont commencé à faire cela sont le Dr P.. et le DrM. (allusion à des faits réels : le malade a subi en effet des séances d'hypnotisme). Maintenant tout le monde le fait : les bonnes, les autres malades aussi, parfois plusieurs personnes à la fois. Elle ne peut résister à ce sommeil, même si elle le veut. Elle est obligée de s'endormir malgré elle. N. depuis un an environ est endormi par le fluide, non pas tous les soirs, mais de temps en temps seulement, deux ou trois fois par semaine ; cela a

l'air d'être calculé. Quand il était à l'infirmerie, « c'était fait avec une certaine habileté. Je devais être l'objet d'une observation des infirmiers ; c'était tantôt l'un, tantôt l'autre qui m'endormaient pendant leur repas. Peut-être avaient-ils peur que je m'endorme trop tard. Maintenant, ce sont ceux qui couchent à côté de moi, dans le dortoir, qui m'endorment ainsi. C'est le plus souvent celui qui est dans le lit voisin, à gauche, je ne sais pourquoi ».

Indépendance vis-à-vis de la volonté du sujet, dépersonnalisation et influence d'une force étrangère, tels sont les deux caractères essentiels du sommeil automatique, ceux qu'on retrouve dans toutes les observations. Un certain nombre de caractères secondaires sont moins constants, mais ils n'en ont pas moins une certaine importance, et bien qu'ils manquent dans certains cas, ils peuvent être utiles par leur groupement pour le diagnostic.

Le malade a, dans la plupart des cas, conscience de l'arrivée du sommeil. Quelquefois même, il déclare que « lorsqu'il s'endort d'un sommeil naturel, il ne s'en aperçoit pas, il s'endort brusquement. Au contraire, avec le fluide, ce n'est pas tout à fait cela. On sent le moment où l'on va s'endormir. Quelquefois pourtant, on ne le sent pas, mais alors il y a une appréhension, quelque chose d'instinctif ». Dans la plupart des cas, cependant, le sommeil artificiel est remarquable par la brusquerie de son apparition. Chez une de nos malades, qui a éprouvé à plusieurs reprises, pendant un mois, un « sommeil léthargique », cela survenait si soudainement que la malade était immédiatement

terrassée et ne pouvait décrire rien de ce qui se passait ; c'est le lendemain seulement qu'elle se rendait compte qu'elle avait été ainsi endormie. Néanmoins, si l'on excepte ce dernier cas, les malades peuvent analyser ce qui se passe en eux au moment de l'endormissement.

Quelquefois, celui-ci est marqué par des troubles psycho-sensoriels : hallucinations de la sensibilité générale surtout, quelquefois hallucinations hypnagogiques. S... au moment où l'on s'endort, ressent comme « un courant de haute fréquence ». Il se produit « comme un frisson, quelque chose qui vous enlève l'usage de votre système nerveux : le système nerveux est paralysé ». T... reçoit des décharges électriques dans la figure. Nous avons déjà signalé plus haut, chez deux malades, des pressions sur les yeux et les paupières. Une autre est endormie quelquefois par des vibrations sexuelles. Un autre dès qu'il a fermé les yeux, aperçoit des images, des lignes, un problème de géométrie. Ces phénomènes jouent quelquefois un rôle dans la dépersonnalisation du sommeil. G... par exemple, croit qu'on l'endort, parce qu'il aperçoit ainsi des images les yeux fermés. Mais il est certain qu'on ne peut étendre cette explicotion à tous les cas. C'est un problème que nous discuterons plus loin.

Le sommeil artificiel apparaît généralement au malade — à tort ou à raison — comme plus profond que le sommeil ordinaire. « C'est un sommeil très profond dont on ne peut sortir volontairement » dit Mlle G... « Ce n'est pas un véritable sommeil, » dit Mlle B., c'est une perte de con-

naissance, un évanouissement : dans le sommeil naturel, on ne perd pas connaissance » — « on sent, dit N.., que la vie s'en va. C'est un passage de vie à trépas. On sent qu'on quitte la vie ». Le même malade prétend que si l'opérateur qui agit sur lui le voulait, il pourrait l'endormir complètement, et que de la sorte, on pourrait priver de la vie quelqu'un.

Tels sont les caractères de l'endormissement, dans le sommeil automatique. Pendant la durée même du sommeil, que se passe-t-il ? Dans beaucoup de cas, rien de particulier. Souvent cependant, le malade a le sentiment qu'il n'est plus maître de lui-même pendant son sommeil, qu'on peut faire de lui ce qu'on veut, le livrer à ses ennemis. Dans quelques cas, il y a des rêves,des hallucinations, portant surtout sur la sensibilité générale. — Mlle S... déclare que pendant son sommeil, on fait d'elle ce qu'on veut : « on lui envoie des visions, c'est quelque chose d'analogue aux rêves, mais différent tout de même : car le rêve, c'est de l'auto-suggestion, tandis que cela, c'est de la suggestion de la pensée à une autre personne ». — Mme M... se départit un soir du mutisme qu'elle observe depuis plusieurs mois et me demande de la faire sortir immédiatement. Comme je lui fais observer que cela est impossible pour le moment, elle répond d'un ton tragique : « Alors, je vais dormir et être livrée à ces monstres ! J'aimerais mieux mourir que de passer encore une nuit ici. Il est d'un intérêt capital pour moi de sortir ce soir même. J'aimerais mieux tout, que de rester ici cette nuit. Voici venir *ce sommeil qui est pire que la mort* ».

Le réveil ne présente souvent rien de particulier. Dans plusieurs cas pourtant, le malade éprouve au réveil une grande fatigue ou des sensations anormales. Mme M.. dont nous venons de parler plus haut déclare que le matin « elle se réveille, infectée, l'haleine empestée, tout le corps courbaturé. Cette courbature disparaît dans la journée. Dans la journée, au contraire, elle dort quelquefois et volontairement alors : c'est un bon sommeil, un sommeil réparateur ». Dans quelques cas, on observe un réveil automatique, tout à fait analogue à l'endormissement automatique que nous venons de décrire. — R. déclare que « la nuit, on le réveille parfois. D'autres fois, il se réveille seul. Je distingue très bien quand on me réveille et quand je me réveille tout seul. Dans le premier cas, je sens qu'on me réveille par une pression qu'il y a sur la tête ».

T... est endormi et réveillé par magnétisme. « C'est le sommeil qui me prend. Un instant après, on me réveille. Le soir, j'ai ainsi trois ou quatre réveils avant le sommeil régulier qui est une pression magnétique. Le matin, je suis réveillé par voie magnétique. Après, on me rendort et on me réveille alternativement plusieurs fois successivement. Ce n'est qu'un jeu de réveiller et de faire dormir » (1).

---

(1) Il nous paraît intéressant de rapprocher cette observation de malade d'une description très pénétrante qui a été donnée par M. Claparède de l'état psychologique au moment du réveil. On verra plus nettement de cette façon les caractères qui distinguent ici l'état pathologique et l'état normal :

« Le matin, au moment du premier réveil, alors qu'on est en-

***

On pourrait être tenté au premier abord de rapprocher le sommeil artificiel, dont parlent les malades, du symptôme de la *narcolepsie* décrit après Gélineau par nombre d'auteurs et qui a fait au Congrès de Bruxelles, en 1910, l'objet d'un important rapport de M. Lhermitte.

Selon M. Lhermitte, la narcolepsie est « une manifestation morbide qui, commune aux états pathologiques les plus variés, a pour élément fondamental un besoin impérieux, irrésistible de dormir auquel le malade succombe, quelle que soit sa volonté de n'y point céder. C'est au propre, exactement, l'inverse de l'insomnie. » Elle peut apparaître dans des circonstances très variées : « Tantôt elle frappe le malade sans que celui-ci présente aucune modification décelable dans le fonctionnement du système nerveux ou des viscères, tantôt la narcolepsie s'accompagne d'un ensemble symptomatique ressortissant à des affections que leur origine, leur nature séparent profondément. » L'invasion du sommeil est plus ou moins

---

core à demi endormi, il est très facile de réaliser à volonté l'état de veille ou celui de sommeil ; on peut passer successivement par un simple mouvement de la volonté, de la vie du rêve à la vie réelle, et vice versa... On peut aussi exécuter ce passage d'un état dans l'autre en ouvrant légèrement et en refermant les yeux. Lorsque l'expérience réussit, on a l'impression subjective très nette d'une sorte de déclic, de renversement qui s'opère dans notre conscience ; on se sent passer brusquement d'une attitude mentale à une autre. Ces deux attitudes n'ont rien de commun : elles sont au contraire opposées ; il est difficile de les décrire ; on ne décrit pas une affection affective... »

(*Archives de Psych.* Tome IV, p. 314)

brutale, précédée de courbature, d'une sensation de constriction céphalique, de pandiculations ; les paupières semblent lourdes, les yeux sont le siège de légers picotements ; bref, le malade ressent au plus haut degré, l'appétit du sommeil sans cependant éprouver le désir de dormir. La position assise ou couchée favorise l'endormissement, la station debout et la marche le retardent. Presque toujours, le réveil se fait spontanément. Les circonstances qui favorisent l'endormissement sont très variées ; elles sont en relation avec la réaction individuelle de l'individu plus qu'avec toute autre condition. L'attaque de narcolepsie se produit surtout au moment du repas ou après le repas. Mais elle se produit souvent aussi à d'autres moments, pendant une conversation, pendant la marche, pendant le travail. Les crises de narcolepsie ont été observées dans un grand nombre d'affections et aussi dans les psychoses (Sémelaigue), et dans les psycho-névroses, dans l'hystérie et l'épilepsie.

Il n'est pas difficile de montrer que ces attaques de narcolepsie diffèrent profondément du phénomène que nous avons étudié sous le nom de sommeil automatique. Tout d'abord, tandis que la narcolepsie se rencontre dans les états les plus différents ,quelquefois chez des individus par ailleurs absolument normaux (narcolepsie essentielle), la plupart du temps chez des malades organiques, mais normaux au point de vue mental, le sommeil automatique ne se produit jamais qu'au cours des psychoses, il est toujours accompagné de troubles mentaux très accusés,

il est toujours l'indice d'une altération grave des fonctions psychiques. Ce n'est encore là qu'une différence en quelque sorte extérieure. Il y en a une plus importante qui est une différence intrinsèque et que nous pouvons résumer dans une formule : La narcolepsie est un trouble *objectif ;* le sommeil automatique, un trouble *subjectif*. L'attaque de narcolepsie survient à n'importe quel moment du nycthémère, elle frappe le malade n'importe où, à table, aux cabinets d'aisance, dans la rue, dans son cabinet de travail, pendant qu'il parle, qu'il écrit, qu'il s'occupe à son métier. Le malade est saisi du besoin de dormir et il s'endort pendant une heure, plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours, et si l'on en croit certains auteurs, plusieurs mois. En tout cas, il y a modification dans les heures du sommeil, dans la quantité de sommeil, si l'on peut employer cette expression. L'observateur n'a pas besoin qu'on l'avertisse qu'un malade est atteint de narcolepsie ; il constate par lui-même le fait que le malade s'endort, à des heures ou dans des circonstances inaccoutumées. Au contraire, le sommeil automatique, si l'on prend les cas les plus nets, les types purs, si je puis dire, n'amène de modification ni dans les heures, ni dans la quantité, ni dans les circonstances du sommeil. Tous les malades dont nous avons relaté l'observation, sauf deux, restent levés pendant toute la journée, vont et viennent dans l'établissement, s'occupent, causent avec les autres malades et ne montent se coucher qu'à l'heure règlementaire ; c'est quand ils se sont déshabillés, et mis au lit, qu'ils sont en-

dormis artificiellement ; il n'est jamais arrivé à aucun d'eux de s'endormir brusquement avant d'avoir complètement ôté ses vêtements ou avant d'être monté au dortoir ; ils sont réveillés à l'heure règlementaire et descendent comme les autres malades dans les salles de jour. Nous ne connaissons de leur trouble du sommeil que ce qu'ils nous en racontent. L'exemple de T... cité plus haut est tout à fait intéressant à ce point de vue. Ce malade nous décrit, avec une finesse d'analyse tout à fait remarquable, des phénomènes de réveil et de réendormissement successifs qui se produisent chez lui le matin avant le réveil définitif. Or, si nous comparons cette description à l'analyse donnée par un des maîtres de la psychologie contemporaine, M. Claparède, nous constatons que les phénomènes objectifs sont tout à fait les mêmes dans les deux cas : il n'y a de différence que dans l'état subjectif qui les accompagne. Là où M. Claparède éprouve un sentiment très vif de liberté, de pouvoir, T... ressent au contraire l'impression d'être contraint et d'être le jouet d'une puissance étrangère.

Il nous faut cependant faire ici une réserve : quelques-uns de nos malades présentent à de rares intervalles dans le jour des accès de somnolence : l'un d'eux déclare même qu'à une certaine période, il lui est arrivé d'être endormi artificiellement pendant la journée ; actuellement, il n'éprouve plus ce phénomène que le soir en se couchant. Il ne semble pas qu'on puisse parler même là de narcolepsie proprement dite. Au surplus, on pourrait très bien admettre l'existence d'états mixtes, où se rencontreraient combi-

nés la narcolepsie et le sommeil automatique. Mais ces états même ne semblent pas très fréquents, puisque nous n'en avons observé qu'un seul cas et encore discutable.

Les distinctions qui précèdent sont fondées sur la clinique, il existe encore une autre différence, celle-là psychologique, entre la narcolepsie et le sommeil automatique. Dans la première, il y a seulement des troubles de l'inhibition ; dans le second il y a des troubles de la personnalisation, associés ou non à des troubles de l'inhibition. Au narcoleptique, le sommeil apparaît comme involontaire et irrésistible ; chez les malades que nous étudions, il est non seulement involontaire et irrésistible (dans la plupart des cas) mais encore attribué à l'action d'une force ou d'une volonté étrangère. Le malade ne dit pas seulement qu'il est forcé de dormir, mais qu'on le force à dormir. Le sommeil automatique suppose donc chez le sujet l'existence d'un délire d'influence, ou plus exactement, il est une des formes de ce délire

***

L'idée que le sommeil n'est pas naturel, qu'il est dû à l'action sur l'individu d'une force étrangère, d'une volonté venant d'autrui, c'est ce qu'on appelle en clinique, une idée délirante. Or, on reconnaît actuellement aux délires trois processus pathogéniques : les uns ont pour point de départ des perceptions erronées (hallucinations), d'autres des raisonnements pathologiques (interprétations), d'autres enfin un processus intellectuel de formule ou d'expression

purement imaginative. A laquelle de ces trois classes, convient-il de rattacher le sommeil automatique ?

Il semble qu'on doive tout d'abord écarter l'opinion selon laquelle cette idée serait le résultat d'une croyance pathologique, ne reposant sur aucune base, un produit de l'imagination pure. Les descriptions concordantes et si précises que donnent les malades, indiquant l'époque exacte où se produit le phénomène, ses variations d'intensité, les conditions dans lesquelles il se produit, les preuves qui selon eux justifient leur opinion, nous permettent d'exclure tout de suite cette pathogénie.

S'agit-il donc d'interprétations ? La question est beaucoup plus difficile et elle mérite d'être discutée avec attention. On pourrait s'expliquer ainsi les faits : ce n'est pas sur la fonction même du sommeil que porte le trouble ; en réalité, il n'y a rien de changé dans cette fonction pas plus que dans la perception de l'interprétant qui s'imagine que les passants l'insultent, parce qu'il interprète des paroles réellement entendues ou des gestes réellement exécutés. Si le malade croit qu'on l'endort, c'est à la suite d'un raisonnement. Il éprouve des sensations anormales ou même il analyse avec minutie des sensations normales qui d'ordinaire restent inconscientes, et il interprète ces sensations ; il en conclut que s'il éprouve ces sensations, c'est qu'on agit sur lui ; c'est pour cela qu'interprétant également son sommeil, phénomène naturel, il cesse de le considérer comme sien, comme émanant de lui-même, et il l'attribue à une influence étrangère. Il est certain que c'est là une ex-

plication très plausible et qui aurait pour elle un certain nombre de faits. Nous pourrions diviser les sensations qui seraient le point de départ des interprétations relatives au sommeil en trois groupes principaux : celles qui se produisent au moment de l'endormissement, celles qui ont lieu pendant le sommeil même, celles qui suivent le réveil. Au moment de s'endormir, certains malades reçoivent des courants électriques, des jets de fluide, éprouvent toute espèce d'hallucinations et d'illusions cénesthésiques. Baillarger, il y a déjà longtemps, a appelé l'attention sur ces phénomènes et récemment, M. Champavère, dans un travail du service de M. Truelle (1), a essayé d'en donner une explication intéressante, en montrant la part qui revient, dans leur production, à l'auto-intoxication. On sait quel rôle considérable jouent dans la pathologie du persécuté les troubles psycho-sensoriels, illusions, hallucinations, les rêves normaux ou pathologiques qui sont si fréquents dans le sommeil et il n'est pas besoin d'insister sur ce point. Enfin, au moment du réveil, il y a souvent des malaises, de la contracture, de la lassitude, des sensations anormales très variées. Quel rôle jouent ces différents groupes de troubles psycho-sensoriels ou de troubles organiques dans la pathogénie du sommeil automatique ?

Il est certain que ce rôle est réel, qu'il est même impor-

(1) Recherches sur quelques symptômes observés au cours de certaines psychoses systématisées chroniques, Paris, 1913.

tant. Ces sensations se rencontrent en effet très fréquemment chez nos malades. Dans un certain nombre de cas, nous pouvons retrouver le raisonnement même par lequel le malade passe de la sensation à l'interprétation délirante. Par exemple, H... déclare que s'il croit qu'on l'endort, c'est parce qu'en fermant les yeux le soir, il a des visions. Mme M... pense qu'on l'endort pour la livrer pendant la nuit à des monstres. Mme O... est endormie si brusquement qu'elle n'a pas le temps de s'en apercevoir ; elle ne se rend compte de la véritable nature du phénomène que le matin, au réveil. N.. est endormi par un fluide qu'il sent réellement le frapper, et c'est d'après l'endroit du corps frappé qu'il devine quel est le personnage qui l'endort à distance. Dans une observation de M. Truelle, publiée par M. Champavère, la malade croit qu'on l'endort d'un sommeil artificiel, par l'hypnose, et elle ressent alors des coups dans le dos ; le matin, elle a des étourdissements révélateurs.

Il nous semble pourtant que cette explication ne peut s'étendre à tous les cas : certains malades ne signalent pas ces sensations anormales, d'autres qui les éprouvent ne leur font jouer aucun rôle dans la production même du sommeil. D'ailleurs, comment expliquer par des interprétations seules cette sensation si bien décrite par les malades d'une force supérieure, irrésistible qui les oblige malgré eux à entrer dans le sommeil, qui donne à leur endormissement et quelquefois à leur réveil cet aspect caractéristique d'automatisme ? Il faut donc examiner la troisiè-

me hypothèse et voir si elle est plus satisfaisante que les deux autres.

D'après cette dernière théorie, le phénomène du sommeil automatique en serait dû ni à une croyance pure et simple, ni à des interprétations : il y aurait un trouble véritable de la fonction même du sommeil, de même que dans l'hallucination,il y a trouble de la perception et non pas seulement une interprétation. Nous avons montré plus haut que le sommeil était une fonction active et l'analyse psychologique nous a permis de distinguer dans l'endormissement deux groupes principaux de phénomènes : les uns moteurs (résolution musculaire), les autres sensitivo-sensoriels (élévation du seuil pour les réactions élaborées).

On a vu également que ces deux phénomènes offraient l'un et l'autre le caractère des actes volontaires. Or, l'acte moteur et l'acte idéatoire peuvent dans certain cas pathologiques devenir automatiques. Lorsque cet automatisme est constitué par des troubles de l'inhibition et de la personnalisation combinées, on a des hallucinations psychomotrices ou sensitivo-sensorielles. Nous pouvons admettre que les phénomènes moteurs et sensitivo-sensoriels qui caractérisent le sommeil et qui sont d'ordinaire sous la dépendance de la volonté, sont susceptibles de se présenter dans certains cas, avec les caractères de l'automatisme. On obtiendrait alors des troubles d'un caractère tout particulier, très voisins par leur pathogénie des hallucinations et dont l'ensemble constituerait précisément ce que nous

avons appelé, pour cette raison, le *sommeil automatique*.

Cette dernière théorie nous paraît seule susceptible de fournir une explication complète des faits étudiés ; il nous semble légitime de rapprocher le sommeil artificiel des aliénés des phénomènes d'automatisme hallucinatoire, pour plusieurs raisons dont trois principales. La première est la ressemblance qui existe, au point de vue *psychologique*, entre les deux phénomènes : de même que l'hallucination est une image surgissant indépendamment de la volonté, et contre la volonté du sujet, s'imposant à lui sans qu'il puisse l'écarter, détachée d'autre part de sa personnalité et lui apparaissant comme étrangère à lui, de même le sommeil automatique apparaît avec des caractères d'indépendance de la volonté, d'irrésistibilité et il est rapporté à une influence étrangère. La seconde raison est une raison *clinique* ; c'est que ces deux phénomènes s'accompagnent : tous les malades que nous avons étudiés sont des hallucinés. La troisième est tirée de la *pathogénie*. On a exposé plus haut en détail comment on concevait dans notre hypothèse la pathogénie du sommeil automatique : nous nous contentons d'ajouter à la théorie un peu abstraite quelques remarques tirées des faits : on observe souvent, en même temps qu'apparaît le sentiment d'automatisme du sommeil, des hallucinations psycho-motrices ; le malade sent qu'on lui ferme les paupières et il ne peut les rouvrir volontairement ; certains éprouvent quelquefois, quand ils sont couchés, le sentiment d'une paralysie complète, d'une impossibilité absolue de mou-

voir leur corps ; c'est là, il nous semble, l'équivalent automatique de la résolution musculaire volontaire. D'autres déclarent qu'ils peuvent rompre le charme en remuant ; ce qui paraît indiquer le rôle important des phénomènes moteurs.. Certains de ces malades présentent à certains moments l'arrêt complet et brusque de la pensée. Il semble qu'il existe entre tous ces phénomènes une liaison très étroite.

Pour toutes ces raisons, il nous paraît légitime de rattacher le symptôme étudié ici à la grande classe des faits d'automatisme et de lui donner pour rappeler sa pathogénie le nom de *sommeil automatique*.

***

Pour compléter cette étude, il nous faudrait rechercher la valeur séméiologique de ce symptôme, exposer les affections dans lesquelles on le rencontre.

Sur ce point nous n'apporterons ici que des renseignements bien imparfaits et très incomplets. Tous les malades chez qui nous avons rencontré le sommeil automatique présentent le syndrome décrit sous le nom de délire systématisé ; il faut cependant faire exception pour une malade qui rentrerait plutôt dans la démence paranoïde, mais on sait que ces deux psychoses sont très voisines au point que Kraepelin a pu considérer la première comme n'étant qu'une forme de la seconde. Nous avons cherché le symptôme dans d'autres psychoses, mais sans succès jusqu'ici. Nous ne considérons cependant

nullement ces résultats comme définitifs : il est même probable qu'on doit rencontrer le sommeil automatique dans les cas où l'on observe d'autres manifestations de la désagrégation de la personnalité, mais il est certainement de beaucoup plus fréquent dans les psychoses hallucinatoires.

Pour terminer cette étude, nous croyons utile de donner le plan dont nous nous sommes servi pour étudier chez les malades d'une manière à peu près complète le phénomène du sommeil automatique. Ce symptôme mériterait, à notre avis, d'être recherché systématiquement, au même titre que les hallucinations dont la valeur séméiologique est à peu près identique.

Ce plan d'examen doit être utilisé, bien entendu, comme tous les plans de ce genre ; il est destiné seulement à servir de guide à l'interrogatoire où l'on devra, comme il est de règle, laisser le plus possible, la parole au malade, et où l'on s'efforcera particulièrement d'éviter la suggestion. Les questions seront posées d'abord sous une forme très générale, aussi vague que possible, de façon à orienter seulement l'esprit vers le sujet, sans suggérer une réponse : ce n'est qu'ensuite qu'on viendra aux questions plus précises : on ne tiendra aucun compte des réponses par oui ou par non, et l'on s'efforcera de faire expliquer au malade les raisons de ses affirmations. Je dois ajouter, à ce propos, qu'il est assez difficile de suggestionner les malades sur cette question ; les sujets qui présentent un sommeil normal et à qui on demande par exemple : « Est-ce

qu'on vous force quelquefois à dormir ? » se montrent d'ordinaire extrêmement surpris par cette question, déclarent qu'ils ne comprennent pas ce qu'on veut dire, et réclament des explications supplémentaires ; les autres, au contraire, comprennent immédiatement la question et donnent aussitôt les détails les plus circonstanciés.

Plan d'examen

Examen général du malade. — (Rechercher particulièrement les hallucinations sensitivo-sensorielles, psychomotrices, et les phénomènes d'inhibition).

Examen du sommeil. — (Insomnie, etc...).

Le malade dort-il bien ? sans être dérangé la nuit ?

Est-ce qu'on le force à dormir ? Est-ce qu'il a quelquefois un sommeil qui n'est pas naturel ? un sommeil artificiel ?

Fréquence du phénomène ; se produit-il tous les soirs ? Depuis quand ? Le malade a-t-il eu autrefois un sommeil normal ? Quelles sont les différences entre les deux ?

L'endormissement. — Sa brusquerie. Conditions dans lesquelles il se produit : quand le malade est couché ou avant ? Troubles moteurs et psycho-sensoriels qui l'accompagnent.

Le sommeil. — Sa profondeur. A quoi le malade juge-t-il la profondeur du sommeil ? Troubles psycho-sensoriels. Rêves.

Le réveil. — Ses caractères. — Y a-t-il un réveil automatique ? Sensations particulières au réveil (fatigue, malaise, troubles de la sensibilité générale).

Le sommeil automatique se produit-il pendant la veil-

le ? Y a-t-il de la somnolence ? Y a-t-il augmentation de la quantité du sommeil ?

A l'influence de quoi ou de qui le sommeil est-il attribué ? (narcotique, force électrique ou hypnotique, individus particuliers). Pourquoi le malade croit-il à une influence ? à l'influence de tel ou tel individu plutôt que d'un autre ?

Observations

OBSERVATION I

(Service de M. le Dr Roger Mignot)

R., 32 ans, soldat rengagé, a eu il y a un an, un accès de confusion mentale, suivie d'une période de dépression mélancolique, présente actuellement les symptômes d'un délire hallucinatoire mal systématisé, avec des idées de persécution (on lui reproche d'avoir été pédéraste, on l'accuse d'avoir reçu de l'argent des femmes), quelques idées de grandeur (il s'est cru à un moment Napoléon II), des hallucinations cénesthésiques incessantes (on lui fait passer le courant de Ruhmkorff, l'électricité le travaille, il sent le fluide sur sa tête, sur ses genoux, un ventilateur lui envoie quelque chose de froid, etc.) des hallucinations et des pseudo-hallucinations de l'ouïe (on l'accuse d'avoir fait la traite des blanches, d'avoir quitté une femme, etc.), des hallucinations psycho-motrices (on le force à parler, à siffler, des interprétations (les journaux sont pleins de jeux de mots, on l'a invité à un enterrement pour lui faire comprendre qu'il était mort, etc.), de l'automatisme de la pensée (on lui envoie des pensées, on lui fait reproduire devant lui le passé de sa vie), des phénomènes d'inhibition (on l'arrête de parler, on paralyse ses nerfs), des idées d'influence physique et psychique, (il y a une mécanique qui lui enserre la tête, qui lui donne des pensées, etc.). Voici ce qu'il dit au sujet de son sommeil :

« Autrefois je dormais bien, je dormais naturellement.

Maintenant on m'endort presque tous les soirs. Il y a cependant des jours où je m'endors naturellement. Dans ce cas, je sens le fluide me lâcher et je m'endors de moi-même. Les autres soirs, on me fait dormir. Il me semble qu'on me ferme le cerveau, qu'on me ferme quelque chose là, (il montre le sommet de la tête). Je suis en train de parler et tout d'un coup, crac ! on me ferme le cerveau, on m'arrache la pensée, je sens quelque chose qui se retire et s'en va, et je m'endors de suite. Je ne pourrais pas résister. C'est plus fort que moi. Pendant la nuit, en général, je n'ai pas de rêve. Le matin, je ne me rappelle de rien. Certaines nuits, il y a quelqu'un qui me réveille. Je le sens par une pression qu'il y a sur la tête. Il y a des fois où je me réveille seul. Je distingue fort bien quand on me réveille et quand je me réveille tout seul. Le fluide se pose sur moi, quand on me réveille artificiellement. Parfois aussi, j'éprouve l'envie de dormir dans la journée, mais pas souvent.

OBSERVATION II

(Service de M. le Dr Roger Mignot).

T., 51 ans, petit commerçant, entré à la Maison de santé en 1904, présente actuellement les symptômes d'une psychose hallucinatoire avec idées vagues de persécution, hallucinations de la sensibilité générale (il est dans des appareils qui donnent des coups de poing, il reçoit des décharges électriques dans la figure, des volumes qui ont des formes géométriques, des troncs d'arbre qu'on lance sur lui, des démangeaisons, des frémissements, des frissons), des hallucinations génitales (chatouillements électriques), des hallucinations de l'ouïe (on a des discours dans la tête sur n'importe quoi, c'est des causeries sur la tête), des hallucinations psychomotrices (on le force à dire des choses qu'il ne vou-

drait pas), du vol de la pensée (on lit le journal avant lui), des phénomènes d'inhibition motrice (il est gêné dans ses mouvements, il a la parole gênée, on l'empêche de parler en lui pressant sur la tête, sur la gorge, sur la poitrine) et d'inhibition de la pensée (on l'empêche de voir, de comprendre, pour l'empêcher de se rappeler le nom des gens, on lui met des mécaniques dans le bec), sans hallucination de la vue, ni du goût. La mémoire et l'attention sont conservées.

T. est depuis très longtemps endormi par le magnétisme. « Rarement je dors naturellement. Avant d'entrer ici, je ne m'apercevais pas de cela. Je suis réveillé et endormi par magnétisme. C'est le sommeil qui me prend. Un instant après, on me réveille. J'ai trois ou quatre réveils avant le sommeil régulier, qui est une pression magnétique. Le soir, j'ai des pressions sur la vue et sur la tête, je reçois des décharges électriques dans la figure. Je les pare instantanément en fermant les yeux. C'est impossible de résister à ce sommeil. Il faudrait être d'un entêtement tenace, il faudrait être entêté comme le diable, je serais vaincu par la suggestion. Le sommeil par magnétisme est peut-être plus léger que le sommeil naturel. Je n'ai pas de rêves, pas de cauchemars ; je dors régulièrement. Au matin, je me réveille par voie magnétique. Après on me rendort et on me réveille alternativement plusieurs fois successivement. Ce n'est qu'un jeu de réveiller et de faire dormir. J'en ai la sensation tellement sensible que je ne puis penser autrement ; je ne peux définir autrement ; je suis endormi et réveillé magnétiquement alternativement sans arrêt ».

OBSERVATION III

(Service de M. le Dr Roger MIGNOT)

N..., 47 ans, officier. Psychose hallucinatoire chronique ; début il y a une dizaine d'années par une période d'inter-

prétations ; actuellement, hallucinations peu fréquentes de l'ouïe (il entend une voix comme un téléphone avec un son nasillard), pas d'hallucinations visuelles, hallucinations cénesthésiques. (On lui fait jouer le courant d'une bobine de Ruhmkorff, on lui envoie des courants électriques, il sent le fluide, etc.), pas d'hallucinations psycho-motrices, quelques phénomènes d'inhibition motrice, et d'inhibition de la pensée (on arrête sa mémoire), idées de persécution, idées hypocondriques et quelques idées de négation (il n'a plus de muscles, il n'a plus de chair à la figure, ses mâchoires ne sont plus recouvertes que par de la peau).

On endort N.. lorsqu'il est au lit le soir. « J'éprouve cela depuis 4 ans. Auparavant je n'avais jamais eu cela. Cela ne se produit pas tous les soirs, mais de temps en temps seulement. Cela a l'air d'être calculé. Celui qui fait cela doit recevoir un ordre quelconque. Cela n'a pas été en augmentant depuis que je suis ici (deux ou trois fois par semaine il y a un an, maintenant un peu moins). Quand je m'endors naturellement, je ne m'en aperçois pas. On s'endort brusquement. Avec le fluide, ce n'est pas tout à fait cela. On voit le moment où on va s'endormir : il y a des fois où on ne s'en aperçoit pas ; mais alors il y a une appréhension, quelque chose d'instinctif. Généralement, je m'endors naturellement ; j'ai toujours été un bon veilleur. Mais quand on m'envoie le fluide à l'encéphale, je m'endors aussitôt. Ce qui me fait dire que c'est le fluide, c'est que je sens très bien la différence. Je sens comme une sorte d'évanouissement, qui n'est pas semblable au sommeil naturel. Dans celui-ci, on s'endort sans s'en apercevoir. Là, au contraire, on peut s'en apercevoir. Cela se sent. C'est comme un malaise. Le sommeil n'est pas naturel, il y a quelque chose d'artificiel. C'est comme un courant de haute fréquence. Il se produit comme un frisson, qui vous enlève l'usage de votre système nerveux. Le système nerveux est paralysé. On sent que la vie s'en va. C'est un passage de vie à trépas. On sent qu'on quitte la vie. La sensation est toujours

la même quand c'est le fluide, mais elle est d'une intensité plus ou moins grande, suivant que l'effet est plus ou moins fort. Quand on y est habitué on peut reconnaître qui vous endort. On peut déterminer la direction du fluide. On dit : c'est le bras ou la tête qui a été atteint. On reçoit la sensation à l'endroit où le fluide arrive ; à l'infirmerie (où il a été quelques mois avant), c'était fait avec une certaine habileté. Je devais être l'objet d'une observation des infirmiers : peut-être avaient-ils peur que je ne m'endorme trop tard. Maintenant, cela se produit par ceux qui couchent à côté de moi. C'est celui qui est dans le lit à gauche, je ne sais pourquoi. Je peux résister un moment à ce sommeil, mais la majeure partie du temps, je m'endors ; je sens que s'il voulait, il pourrait m'endormir complétement. On pourrait ainsi arriver à priver de la vie quelqu'un. La nuit, j'ai des rêves, on m'a envoyé des images hypnotiques qui me faisaient rappeler quelque chose : C'est pour me renseigner. C'est là du reste une simple supposition que j'ai faite. — Je crois que le sommeil doit être plus profond lorsqu'on s'endort par le fluide. Je me réveille dans une sorte d'asphyxie, la respiration me fait mal, il y a dans la bouche une sensation de sécheresse : pas de fatigue. Aujourd'hui je dors moins qu'autrefois. On m'endort aussi quelquefois dans la journée. Cela se produit après le repas. Mais c'est relativement très rare. »

OBSERVATION IV

(Service de M. le Dr Mignard.)

Mlle B..., 50 ans. Début à 40 ans par des obsessions, des idées érotiques, des idées mystiques, des idées mélancoliques, évolution vers de vagues idées de persécution, des idées d'influence ; hallucinations auditives (petites voix), représentations mentales involontaires, hallucinations verbales

motrices, hallucinations psycho-motrices, phénomènes d'inhibition, interprétations rares. Intelligence et mémoire conservées. (L'observation détaillée de cette malade a été communiquée à la Société médico-psychologique, le 24 février 1913, par M. Mignard.)

Cette malade présente d'une façon très nette le symptôme du sommeil automatique, qu'elle nous a décrit plusieurs fois : « Cette nuit, après m'être réveillée à cinq heures, je me suis rendormie subitement. Ce n'est pas un sommeil, c'est une perte de connaissance. On m'endort malgré ma volonté. Le réveil est très pénible, parce que j'ai la sensation de ne plus être maître de ma personne. Cela m'est arrivé pendant ces cinq ou six jours derniers. Le sommeil arrive brusquement alors que je ne veux pas dormir. Autrefois, je dormais quand j'avais l'idée de dormir ; actuellement, je dors quand j'ai l'idée de ne pas dormir, c'est très désagréable. — Cette nuit encore, j'ai craché du sang. La veilleuse était sortie, me laissant seule. Je voulais ne pas me rendormir. Mais on m'a endormie malgré moi. Je me disais : « C'est trop fort ! je ne veux pas dormir! » Et on m'a endormie quand même. Ce n'est pas un véritable sommeil, c'est une perte de connaissance, un évanouissement. Dans le sommeil, on ne perd pas connaissance. »

Mlle B... présente, assez souvent, étant couchée des phénomènes d'inhibition motrice totale : Il lui semble tout à coup qu'elle est complètement paralysée ; malgré toute sa volonté, elle ne peut plus remuer ni bras, ni jambe, ni faire le plus petit mouvement. Elle attribue cet effet à l'influence de la veilleuse ou des bonnes.

OBSERVATION V

(Service de M. le Dr Mignard.)

Mlle S..., 44 ans, institutrice. Idées délirantes de persécu-

tion, d'influence et de possession, avec hallucinations de l'ouïe, de la vue, hallucinations génitales et psycho-motrices, illusions, interprétations, réactions extravagantes et désordonnées, écrits incohérents et absurdes à son entourage et à ses chefs, excitation par intervalles. (Elle est sous l'influence perpétuelle de la télépathie, elle entend un langage insonore, sourd, intérieur, dans les mains, dans le ventre, dans les pieds, même dans le vagin, elle reçoit des rayons fluidiques qui lui donnent des vibrations sexuelles, on lit sa pensée, on lui envoie des visions, des rêves, des sentiments.)

Souvent on l'empêche de dormir, soit en lui parlant, soit en lui envoyant des pensées, soit en la pinçant, en excitant ses organes génitaux. On la force aussi à dormir depuis qu'elle est ici, auparavant son sommeil était naturel ; depuis qu'elle est ici, on l'endort. Elle sent une force qui l'engourdit, qui pèse sur ses yeux ; au début, elle essayait de résister, mais elle ne pouvait pas. On lui impose des rêves et des visions désagréables pendant son sommeil.. Elle ne dort plus naturellement depuis qu'elle est ici. On l'endort en lui fermant les yeux et en lui pressant sur les paupières (elle fait le geste). Les premiers qui ont commencé à faire cela sont le Dr P... et le Dr M... (allusion à des faits réels). Maintenant tout le monde le fait, les bonnes, les autres malades, parfois plusieurs personnes à la fois. Elle ne peut résister à ce sommeil, même si elle le veut. Elle est obligée de s'endormir malgré elle. Pendant son sommeil, on fait d'elle ce qu'on veut (on lui envoie des visions qu'elle décrit, c'est analogue à des rêves, mais les rêves, c'est de l'auto-suggestion, tandis que cela, c'est de la suggestion de la pensée à une autre personne). On la fait voyager la nuit (elle décrit des scènes oniriques, cette nuit, elle a été à Montrouge, etc..) ; presque toutes les nuits, elle est ainsi transportée dans des pays différents... On l'endort presque tous les soirs de différentes façons : en lui pressant sur les yeux, en lui faisant vibrer les parties sexuelles, ou on l'endort par la pensée. Elle n'a plus jamais actuel-

lement de sommeil naturel, alors qu'autrefois elle dormait de persécution avec interprétations et illusions multiples, mais pas toujours.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Dr Marchand)

Mlle G..., 70 ans, ancienne institutrice. Délire systématisé de persécution avec interprétation et illusions multiples, hallucinations de l'ouïe, lecture de la pensée, hallucinations cénesthésiques (on lui fait prendre des bains de toutes sortes, elle est hypnotisée, envoûtée, électrisée, poursuivie par une bande) hallucination du goût (idées d'empoisonnement), réactions de défense variées, fugues internement depuis le mois de septembre 1910.

Mme G. se plaint qu'il y ait ici « des magiciennes qui la font dormir avec des narcotiques ». On l'empêche de dormir parfois, d'autres jours on la force à dormir. Elle sait bien ce que c'est : c'est l'hypnose. C'est un sommeil très profond qui n'est pas naturel et dont on ne peut sortir volontairement. Cela doit provenir de deux causes : ou on lui donne des narcotiques, ou on l'endort par l'hypnose. Quand elle se réveille, elle éprouve un sentiment tout à fait particulier qu'elle ne réussit pas à définir. Elle s'endort malgré elle. Elle distingue très bien le sommeil naturel, mais la plupart du temps, elle dort par hypnose. Cela se passe le jour aussi bien que la nuit. Cela a commencé à son arrivée ici. Auparavant, elle n'avait jamais connu cela.

Certaines nuits, elle ne peut dormir parce qu'elle a des rêves effrayants qu'elle ne peut pas raconter. On lui dit des injures, des obscénités, surtout on lui dit des choses effrayantes. Ce sont des choses praeternaturelles.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Dr Marchand).

Mme M...., 40 ans, entrée à la Maison de Santé en 1910 ; malade très réticente, avec de très longues périodes de mutisme (plusieurs mois). Refus d'aliments et alimentation artificielle depuis son entrée. D'après les renseignements donnés par la famille, et les quelques indications que fournit la malade, on peut néanmoins tracer à grand trait le portrait clinique : idées de persécution et de grandeur, croyance à une mission patriotique, hallucinations de la sensibilité générale, cauchemars effrayants, interprétations variées.

Pendant une courte période de huit jours, en janvier 1912, la malade a bien voulu sortir de son silence obstiné, qu'elle ne rompait d'ordinaire que pour injurier violemment l'interne chargé de l'alimenter, et elle nous a parlé ainsi de son sommeil : le soir, elle s'endort d'un sommeil lourd, profond, auquel elle ne peut résister, et qui n'est pas naturel. On doit lui donner des breuvages qui la font dormir et permettent qu'on la livre ainsi à des monstres abjects, les émissaires du Dr D. Elle refuse de préciser ce qu'elle reproche à ces monstres ? Ont-ils des rapports avec elle ? Non. La frappent-ils ? Non. Le matin, quand elle se réveille, elle est infectée, l'haleine est empestée, tout le corps courbaturé. Cette courbature disparaît pendant la journée ; elle dort quelquefois, volontairement alors pendant la journée. C'est alors un bon sommeil réparateur.

Un autre soir, elle me demande de la faire sortir immédiatement. Comme je lui expose que cela est impossible pour le moment tout au moins ; elle s'écrie : Alors, je vais dormir et être livrée à ces monstres. J'aimerais mieux mourir que de passer encore une nuit ici. Il est d'un intérêt capital pour moi de sortir ce soir même. J'aimerais tout mieux que de res-

ter ici cette nuit. Ouvrez-moi la porte, c'est tout ce que je demande ».

Mme M. semble présenter des phénomènes d'inhibition motrice et des impulsions fréquentes. Elle s'arrête brusquement au milieu d'une phrase, comme si on l'empêchait de continuer, elle se met à rire d'une manière explosive. Depuis janvier 1912, il nous a été impossible d'obtenir de Mme M. qu'elle réponde à nos questions.

OBSERVATION VIII

Service de M. de Dr Roger Mignot).

H., 41 ans, homme d'affaires. La maladie a commencé par une longue période d'interprétations, qui semble avoir débuté vers 26 ou 27 ans. Depuis 7 ou 8 ans, elle a pris la forme d'un délire de persécution systématisé avec hallucinations de l'ouïe, visions mentales, hallucinations de la sensibilité générale, surtout génitales, pas d'hallucinations du goût, de l'odorat, ni psychomotrices. Il se croit l'intermédiaire entre une série de correspondants qui le tiennent au courant de tout ce qui se passe dans le monde. On fait des expériences sur lui, on lit dans sa pensée, on fait des allusions à lui dans les journaux. Il a imaginé tout un système qu'il prétend géométrique, pour expliquer au moyen de quel mécanisme ces influences enchevêtrées peuvent s'exercer sur lui. Les réactions de H. sont très dangereuses. Il a proféré des menaces de mort contre ses persécuteurs, et s'est déjà livré à un attentat contre un homme politique. Son intelligence et sa mémoire sont parfaitement conservées et il explique avec beaucoup de bonne volonté les phénomènes qu'il ressent.

« La nuit, dit-il, je me sens endormir par une action objective. Avant de m'endormir, je sens une pression sur mes yeux, je suppose que c'est là une action hypnotique. Je ne

les ferme pas, ils se ferment tout seuls. Quand ils sont fermés, je vois une image quelconque, et ma conscience m'avertit que ce n'est pas naturel. Je vois par exemple un problème de géométrie. Je distingue très nettement cette image, puis une figure, un objet, cela ne dure pas longtemps, je m'endors très vite. C'est à cause des visions que je dis qu'on m'endort.

Cela remonte à 8 ans environ. Quand je suis fatigué, je m'endors plus rapidement. Les images ne durent qu'un quart d'heure au lieu d'une heure.

Je ne distingue pas bien entre le sommeil normal et le sommeil hypnotique. Je peux résister au sommeil. J'en ai fait l'expérience. L'idée de résister est très dure. Aussitôt que les yeux sont ouverts, c'est beaucoup plus facile. Mais on éprouve de la résistance à ouvrir les yeux. Il n'y a que cela qui soit pénible. Si vous remuez, on n'a plus d'action sur vous. Au réveil, je suis très dispos.

Ce malade présente aussi, généralement la nuit, quand il se réveille, des phénomènes passagers d'inhibition motrice totale. A ce moment, dit-il, « j'ai la sensation de la paralysie absolue. Je me vois complètement dédoublé ; j'ai toute ma connaissance et je me sens incapable de faire le moindre mouvement. Ceci se passe en plein sommeil. Brusquement je me réveille paralysé, cela dure une seconde. Tout mon corps se tend pour remuer. J'ai à ce moment la certitude d'être cloué. Ce phénomène est très rare ».

Cette observation a été prise en janvier 1914. Ce qui prouve bien la constance de ces phénomènes, c'est que nous retrouvons, dans des notes prises en avril 1911, que M. le Dr Mignot a bien voulu nous communiquer, le même phénomène expliqué presque dans les mêmes termes, bien qu'avec de légères variantes.

H. se plaint d'être l'objet, pendant la nuit, de communications extérieures dont il ne connaît pas les auteurs. « Sitôt

couché, je sens que l'on m'endort, c'est-à-dire que je sens mes paupières tomber ». Il ne sent pas la différence entre ce *sommeil hypnotique* et le sommeil normal. Il a toutefois des preuves formelles que c'est un sommeil hypnotique, puisqu'il y a des gens qui lisent dans ses pensées, et qui lorsqu'il les voit, lui disent tout haut ce que lui pense tout bas. Au cours de ces sommeils, on lui donne des ordres, ou plutôt on lui inspire de faire telle ou telle chose ».

Conclusions

Au cours de certaines psychoses, en particulier de la psychose hallucinatoire chronique et de la démence précoce paranoïde, les malades accusent parfois un trouble d'un caractère très particulier qu'ils expriment en disant qu'on les endort, que leur sommeil est artificiel. Si on les interroge attentivement sur le sens de ces termes, on constate qu'ils sont capables de donner de ce symptôme des descriptions précises et concordantes.

Le sommeil artificiel apparaît chez eux soit d'une manière intermittente, soit d'une façon continue, tous les soirs ; il alterne avec le sommeil normal, ou il succède à une période de sommeil normal.

Il diffère de celui-ci par des caractères principaux et par des caractères secondaires. Les premiers seuls sont constants. Au contraire du sommeil normal, qui est dans une large mesure sous la dépendance de la volonté, auquel on peut résister pendant une assez longue période de temps et qui est rattaché à la personnalité, le sommeil artificiel apparaît indépendamment de la volonté du sujet, souvent contre sa volonté ; il est d'ordinaire irrésistible, et il est attribué à l'influence d'une force ou d'une volonté étrangère.

Les caractères secondaires du sommeil artificiel sont sa profondeur, la brusquerie de son apparition, la présence au moment de l'endormissement de troubles psycho-sensoriels variés, et au moment du réveil, de sensations anormales de différents ordres.

Ce symptôme n'est généralement pas accompagné de modifications objectives du sommeil : c'est un trouble purement subjectif.

On ne peut considérer le sommeil artificiel comme une idée délirante du type imaginatif : on pourrait avec plus de raison l'expliquer par des interprétations, portant sur les sensations anormales ou normales qui surviennent au commencement, au cours, ou à la fin du sommeil.

Nous avons cherché à montrer que cette explication n'était pas suffisante, et qu'il y avait dans les cas de ce genre un trouble de la fonction elle-même ; le sommeil qui chez le normal, se présente avec les caractères d'un acte volontaire, apparaît ici avec les caractères de l'automatisme ; on peut donc donner à ce symptôme le nom de sommeil automatique.

Vu : le président de Thèse,
GILBERT BALLET.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Table des Matières

Pages

Avant-propos 7

CHAPITRE I

Les actes automatiques 9

CHAPITRE II.

Le sommeil et la volonté. 39

CHAPITRE III

Le sommeil automatique 53

Observations 79

Conclusions 91